

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

CASAS DE PARTO AUTÔNOMAS NO CONTEXTO BRASILEIRO:
CONFLITUALIDADES E SENTIDOS EM TORNO DA HUMANIZAÇÃO DE
PARTOS E NASCIMENTOS

Ticiane Osvald Ramos

Brasília, 3 de junho de 2013.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

CASAS DE PARTO AUTÔNOMAS NO CONTEXTO BRASILEIRO:
CONFLITUALIDADES E SENTIDOS EM TORNO DA HUMANIZAÇÃO DE
PARTOS E NASCIMENTOS

Tese apresentada ao Departamento de
Sociologia da Universidade de
Brasília/UnB como parte dos requisitos
para a obtenção do título de Doutora.

Autora: Ticianá Osvald Ramos

Brasília, 3 de junho de 2013.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

TESE DE DOUTORADO

CASAS DE PARTO AUTÔNOMAS NO CONTEXTO BRASILEIRO:
CONFLITUALIDADES E SENTIDOS EM TORNO DA HUMANIZAÇÃO DE
PARTOS E NASCIMENTOS

Ticiane Osvald Ramos

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Stela Grossi Porto

Banca: Prof^ª. Dr^ª. Lourdes Maria Bandeira (SOL – UnB)

Prof^ª. Dr^ª. Marcela Amaral (UFERSA – RN)

Prof^ª. Dr^ª. Soraya Fleischer (DAN – UnB)

Prof^ª Dr^ª. Lilia Gonçalves Magalhães Tavoraro (CEPPAC – UnB)

Prof^ª Dr^ª. Rosamaria Giatti Carneiro (FCE/UnB – membro suplente)

Brasília, 3 de junho de 2013.

Àqueles que me deram raízes e frutos.
Meus pais e meus rebentos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço às instituições que possibilitaram a confecção desta tese de doutorado: ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ pela bolsa concedida durante quatro anos, ao Governo Canadense, que por meio do Programa Compreender o Canadá, forneceu bolsa de pesquisa para estada de dois meses naquele país, e à Universidade de Brasília, que por meio do Edital de Pesquisa de Campo, forneceu apoio financeiro para o desenvolvimento da pesquisa.

Agradeço imensamente todo o apoio e paciência da Prof^ª. Dr^ª. Maria Stela Grossi Porto, que aceitou ser minha orientadora, e as participantes da banca de defesa: Prof^ª. Dr^ª. Lourdes Maria Bandeira, Prof^ª. Dr^ª. Marcela Amaral, Prof^ª. Dr^ª. Soraya Fleischer, Prof^ª. Lilia Gonçalves Magalhães Tavoraro e Prof^ª. Dr^ª. Rosamaria Giatti Caneiro (como membro suplente), que aceitaram estar presentes, mesmo com os atropelos finais. Redobro meus agradecimentos aquelas que me acompanharam anteriormente, a Prof^ª. Lourdes, orientadora durante o mestrado e incentivadora do ingresso no doutorado, Prof^ª. Marcela Amaral e Prof^ª. Soraya Fleischer, que estiveram presentes na qualificação e em outros momentos de trocas. Agradeço também a Prof^ª. Dr^ª. Daphne Rattner, que leu o primeiro esboço sobre a pesquisa e a Prof^ª. Dr^ª. Julie Laplante que apoiou minha ida ao Canadá e me recepcionou em Ottawa.

Agradeço as coordenadoras e profissionais das duas instituições participantes do estudo, a Casa de Parto de São Sebastião – DF e a Casa de Parto de Realengo – RJ, e os demais participantes, que ao topar participar da pesquisa, toparam também expor a intimidade das instituições e de suas próprias vidas. Cada entrevista que pude realizar, foi fundamental para reencontrar minhas motivações e objetivos. Gratidão infinita. Esses agradecimentos se estendem a absolutamente todas as participantes (incluindo a Casa Angela, o Ministério da Saúde e as entrevistadas no Canadá) cujos depoimentos acabaram não compondo o corpo final dos resultados aqui relatados. Agradeço a todas as companheiras e companheiros de trabalho no Ministério da Saúde. Nos anos em que lá estive compartilhamos muitos momentos desafiantes, inquietações e também alegrias e esperanças.

Muitas amigas e amigos, conhecidas e conhecidos, foram fundamentais nesse processo, tanto por compartilhar preocupações acadêmicas, quanto e muito mais por

compartilhar momentos de alegrias, entusiasmos e êxtase e, claro, as tensões, tristezas e lamúrias. É fato que é impossível citar todas e todos, até mesmo porque, na dinamicidade da vida, pessoas vem e vão, muitas vezes sem saber de sua importância, mesmo que pontual e passageira. Agradeço a todo “povo de Angola”, os malungos das rodas, palmas, batuques e do axé. Impossível continuar caminhando sem a força compartilhada nesses momentos. Algumas pessoas não posso deixar de citar: os amigos que me receberam no Canadá – Mirella Veras e Karla Matias em Ottawa, Pedro Perna Caixeta e Thaís Caixeta Perna, Lucas Sanromã e Roberta Leite em Québec, Lídia Barreiros em Montréal –, a família da Cruz e Nonato que me hospedou no Rio de Janeiro e sempre recepciona com carinho meus filhos, Ellen Peterson que também me hospedou no Rio, meu terapeuta Yvens de Alarcão, as amigas-irmãs Luciana Nunes Fonseca e Lidianne Gonçalves, Camilla Schneck pelas trocas, mesmo que virtuais e nos momentos finais e o incentivo em continuar, Karla Matias, que acompanhou os dias derradeiros e corrigiu os resumos finais. Marcela Amaral, além de Profa., amiga que absolutamente sempre incentivou, ouviu e clareou. André Nonato e seus pais pelo incentivo, apoio e estarem dispostos a cuidar das ferinhas nos momentos em que não pude estar presente. Aos meus irmãos Daniela e Tiago, a Fran e o pequeno e sereno Martin “bolinha”, não tenho como descrever o apoio e a felicidade de ver construída a irmandade para além do sangue.

A todas aquelas e todos aqueles que em algum momento estenderam a mão, disseram “é assim mesmo” e permaneceram ao lado.

Esta tese não teria finalmente acontecido sem o apoio dos meus pais. Ernata Osvald Ramos e José Carlos Martins Ramos, mãe e pai, ouro de mina (coração, desejo e sina). Sem palavras. Cada dia me sinto mais grata por ser o que sou a partir do que eles puderam deixar pra mim. Desconfio que teria parado pelo caminho, mudado a trajetória, se a cada dia não pudesse encontrar as vozes, os sorrisos e as cores de Daniel e Dandara. Como eles mesmos nomeiam quando se abraçam, se agarram e acabam até mesmo brigando: o “quentinho”. Sem esse “quentinho”, não teria tanta graça.

“Èrò Bàbá mi se ro, Èrò mi Bàbá kojáde!”

Rebento
substantivo abstrato
O ato, a criação, o seu momento
Como uma estrela nova e o seu barato
que só Deus sabe, lá no firmamento

Rebento
Tudo o que nasce é Rebento
Tudo que brota, que vinga, que medra
Rebento raro como flor na pedra,
rebento farto como trigo ao vento

Outras vezes rebento simplesmente
no presente do indicativo
Como a corrente de um cão furioso,
ou as mãos de um lavrador ativo
às vezes mesmo perigosamente
como acidente em forno radioativo
Às vezes, só porque fico nervoso, rebento
às vezes, somente porque estou vivo

Rebento, a reação imediata
a cada sensação de abatimento
Rebento, o coração dizendo: bata!
a cada bofetão do sofrimento
Rebento, esse trovão dentro da mata
e a imensidão do som nesse momento

(Gilberto Gil)

Prender a ler, prender a ler, aprender a ler,
pra ensinar os meus camarada!

(verso cantado por Seu João do Boi, do Samba Chula São Braz, região do Recôncavo
Baiano)

Quem não tem raiz, não pode botar bruto.
(Dona Francisca, parteira de terreiro em Aracaju, Sergipe)

Resumo: A pesquisa objetiva compreender o processo pelo qual ocorre a inserção das Casas de Parto – CPs autônomas no campo obstétrico brasileiro, pautado pela chamada “humanização”, focando tensões existentes entre as principais profissões envolvidas, notadamente entre enfermeiras obstétricas e médicos obstetras. O problema da pesquisa se resume na questão: “Que sentidos e conflitualidades permeiam o cenário de surgimento e estabelecimento de diferentes Casas de Parto no Brasil?”. O estudo é qualitativo, centrado em duas CPs autônomas, nos estados do Distrito Federal e Rio de Janeiro, que sofreram tentativas de fechamento. Como procedimentos de coleta foram utilizados, principalmente, entrevistas em profundidade com profissionais e outros atores, em um total de trinta, submetidas à análise de discurso. O estudo trabalha discursividades em torno da humanização de partos e nascimentos, identidades e fronteiras profissionais, o conhecimento autoritativo e o território social do parto. Os resultados da pesquisa apontam a obstetrícia como um campo de batalhas, em que o conflito se faz onipresente, possuindo múltiplas imbricações e resultando na violência obstétrica, emergindo enquanto uma possibilidade de solução frente à responsabilização e atingindo fortemente as mulheres, que vivenciam nas maternidades hospitalares situações de violência, como um espólio dos conflitos no campo, também engendrados em situações de limiariedade entre as fronteiras territoriais das CPs e outras instituições. Muitas diferenças se mostraram importantes entre as duas CPs analisadas no estudo, demonstrando que por mais que as Casas tenham vividos episódios semelhantes e exista um discurso e uma filosofia comuns girando em torno de certas disposições e práticas do cuidado humanizado, a construção do cuidado ocorre de maneira fundamentalmente distinta em cada contexto. O cuidado promovido por enfermeiras obstétricas em Casas de Parto autônomas foi caracterizado a partir da ideia de organização do ser feminino, em uma releitura da figura da parteira e em contraposição à interventiva prática médica.

Palavras-chave: Casas de Parto, assistência obstétrica, humanização do parto.

Abstract: The research aims to understand the process through which occurs the insertion of autonomous Birth Houses – BH's in the Brazilian obstetric field, guided by the notion of 'humanization' and focusing on existing tensions between the main professions involved, especially between midwives and obstetricians. The core research problem refers to the question: "What meanings and conflicts permeate the context of emergence and establishment of different autonomous Birth Houses in Brazil?" This is a qualitative study focused on two autonomous BH's, located in Distrito Federal and Rio de Janeiro, which faced attempts of closure. As data collection procedures, I used mainly in-depth interviews with professionals and other actors, in a total of thirty, subjected to discourse analysis. The study works with discursivities around childbirth humanization, professional boundaries and identities, authoritative knowledge and social territories of childbirth. The research results depict midwifery as a battlefield, where conflict is omnipresent, having multiple imbrications and resulting in obstetric violence, emerging as a possibility of solution for accountability and strongly affecting women, who experience episodes of violence in maternity hospitals, as an asset of conflicts between the classes that compose the field, also engendered in limit situations between the BH's territorial boundaries and other institutions. Many differences between the two analysed BH's are relevant, showing that even though the BH's have experienced similar episodes and there is a common discourse and philosophy around certain dispositions and practices of the humanized care, the construction of care occurs in a fundamentally different manner in each context. Care promoted by midwives in autonomous BH's has been characterized from the idea of organizing the feminine being, in a reinterpretation of the traditional birth attendants' image, opposed to interventional medical practice.

Keywords: Birth Houses, obstetric care, humanization of childbirth.

Résumé: La recherche vise à comprendre le processus par lequel se produit l'insertion des Maisons de Naissance – MNs autonomes dans le domaine obstétrique brésilien, guidé par la notion d' « humanisation », en mettant l'accent sur les tensions entre les professions principales concernées, notamment les infirmières sages-femmes et les obstétriciens. Le problème de recherche se résume dans la question : « Quels sont les sens et les conflits qui composent le contexte de l'émergence et de l'établissement des différentes Maisons de Naissance autonomes au Brésil? » Il s'agit d'une étude qualitative axée sur deux MNs autonomes dans le Distrito Federal et à Rio de Janeiro), qui ont subi des tentatives de fermeture. Les procédures de collecte utilisées principales ont été des entretiens approfondis avec des professionnels et d'autres acteurs, dans un total de trente, soumis à l'analyse du discours. L'étude travaille avec la discursivité autour de l'humanisation de l'accouchement, des limites professionnelles et d'identités, de la connaissance autoritaire et des territoires sociaux de la naissance. Les résultats de la recherche montrent l'obstétrique comme un champ de bataille, où le conflit est omniprésent, avec des multiples insertions et résultant dans la violence obstétricale qui émerge comme une possibilité de solution pour le problème de la responsabilité en impactant fortement les femmes, qui vivent des situations de violence dans les maternités hospitalières, comme un héritage maudit des conflits qui composent le domaine, aussi engendrés des situations limites entre les frontières territoires des MNs et d'autres institutions. Beaucoup de différences pertinentes ont été identifiées entre les deux MNs analysées, ce qui montre que, tandis que les maisons ont connu des épisodes similaires et qu'il y a un discours et une philosophie communs autour de certaines dispositions et pratiques des soins humanisés, la construction des soins se présente fondamentalement différent dans chaque contexte. Les soins promus par les infirmières sages-femmes dans les MNs autonomes ont été caractérisés à partir de l'idée de l'organisation de l'être féminin, dans une réinterprétation de l'image des sages-femmes, par opposition à la pratique médicale interventionnelle.

Mots-clés: Maisons de Naissance, assistance obstétricale, humanisation de l'accouchement.

Lista de tabelas

Tabela 1 – Algumas intervenções possíveis no parto e nascimento.....	47
Tabela 2 – Justificativas e contra-argumentos de alguns procedimentos obstétricos durante o trabalho de parto.....	51
Tabela 3 – Modelos médicos segundo Robbie Davis-Floyd, 2001.....	56
Tabela 4 – Modelo médico e modelo social do cuidado sobre a gestação e parto segundo Edwin van Teijlingen, 2005.....	58
Tabela 5 – Níveis conceituais segundo ênfase médica ou social segundo Edwin van Teijlingen, 2005.....	59
Quadro 1 – Informações das(os) entrevistadas(os).....	98
Tabela 6 – Características da Assistência Obstétrica em três períodos históricos.....	122
Tabela 7 – Principais modificações no Rio de Janeiro e em São Paulo na transição entre os modelos de formação de parteiras e enfermeiras obstétricas.....	137
Tabela 8 – Situação dos CPNs financiados pelo MS, junho de 2005.....	186
Tabela 9 – Centros de Parto Normal relacionados no CNES, março de 2013.....	188

Figuras

Figura 1 – Gráfico ilustrativo da oscilação da RMM, Brasil, de 1990 a 2010, segundo diferentes fontes.....	67
Figura 2 – Casa de Parto da Universidade Federal de Juiz de Fora, vista lateral externa.....	167
Figura 3 – Entrada da Unidade Mista de Saúde de São Sebastião e sua Casa de Parto, Distrito Federal.....	168
Figura 4 – Casa Angela, fachada.....	169
Figura 5 – Casa de Parto David Capistrano Filho, Realengo, Rio de Janeiro, detalhe da vista externa.....	170

Figura 6 – Casa de Parto David Capistrano Filho, Realengo, Rio de Janeiro, detalhe da vista externa.....	171
Figura 7 – Casa de Parto David Capistrano Filho, Realengo, Rio de Janeiro, aspecto interno do pátio, com decoração junina.....	172
Figura 8 – Casa de Parto David Capistrano Filho, Realengo, Rio de Janeiro, hall de entrada.....	173
Figura 9 – Casa de Parto David Capistrano Filho, Realengo, Rio de Janeiro, área de circulação interna.....	174
Figura 10 – Casa de Parto David Capistrano Filho, Realengo, Rio de Janeiro, Suíte de parto “Suíte Nove luas Lua Nova Vania e Lúcia”.....	175
Figura 11 – Casa de Parto David Capistrano Filho, Realengo, Rio de Janeiro.....	176
Figura 12 – Casa de Parto David Capistrano Filho, Realengo, Rio de Janeiro, cozinha.....	177
Figura 13 – Casa de Parto da Unidade Mista de Saúde de São Sebastião, Distrito Federal.....	178
Figura 14 – Alguns dos materiais disponíveis, na CPSS.....	179
Figura 15 – Banheira instalada em uma das suítes da casa, no ano de 2012.....	180
Figura 16 – Mulher em trabalho de parto na banheira da CPSS a luz de velas.....	181
Figura 17 – Atividade corporal em grupo para gestantes na Casa Angela.....	182
Figura 18 – Oficina de trabalhos manuais na Casa Angela.....	183
Figura 19 – Vista de manifestação na entrada da CPSS, em 2010.....	222
Figura 20 – Vista de manifestação na entrada da CPSS, presença da Deputada Érica Kokay.....	223
Figura 21 – Manifestação pela CPR, em frente a órgão público.....	234
Figura 22 – Manifestação pela CPR, passeata na zona sul.....	234
Figura 23 – Manifestação pela CPR, passeata na zona sul, participação de famílias.....	235
Figura 24 – Manifestação pela CPR, passeata na zona sul, roda de capoeira com mulheres.....	235
Figura 25 – Manifestação pela CPR, passeata na zona sul, faixas.....	236
Figura 26 – Entrada da CPSS após reforma, 2013.....	273

LISTA DE SIGLAS

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem
ABENFO – Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras
ALCON – Alojamento Conjunto
AMB – Associação Médica Brasileira
ANPOCS – Associação Brasileira de Pós Graduação em Ciências Sociais
ATSM – Área Técnica de Saúde da Mulher
BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CEP do Instituto de Humanas da UnB – CEP/IH
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Conselho Federal de Medicina – CFM
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
CP – Casas de Parto
CPJF – Casa de Parto de Juiz de Fora
CPNs – Centros de Parto Normal
CPR – Casa de Parto de Realengo
CPSS – Casa de Parto de São Sebastião
CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRM – Conselho Regional de Medicina
CRMDF – Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal
DAPES – Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
DF – Distrito Federal
FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
HP – Hospital do Paranoá
HP – Hospital Privado

HRAN - Hospital Regional da Asa Norte
HRAS – Hospital Regional da Asa Sul
JICA – Japan International Cooperation Agency
MEF – Monitor Eletrônico Fetal
MG – Minas Gerais
MP – Ministério Público
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PH – Parto Humanizado
PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PPG/SOL – Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade de Brasília – UnB
PPP – suíte pré-parto, parto e pós-parto
PROAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde
PSD – Parto Sem Dor
PSF – Programa Saúde da Família
REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RJ – Rio de Janeiro
RMM – Razão de mortalidade materna
RN – recém-nascidos
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SES-DF – Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal
SES/DF – Secretaria de Estado da Saúde do DF
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SMS-RJ ou SMS-Rio – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SP – São Paulo
SS – São Sebastião
SUS – Sistema Único de Saúde
TAUISV – Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UMSSS – Unidade Mista de Saúde de São Sebastião
UNB – Universidade de Brasília

SUMÁRIO

Introdução.....	18
Capítulo 1 – Sociologia e saúde, medicina e medicalização.....	29
1.1 – Sociologia e saúde – pródomos de um debate.....	29
1.2 – Modernidade, Medicina e Medicalização.....	34
1.3 – O fenômeno do parto e nascimento na perspectiva da medicalização.....	45
1.4 – Parto e nascimento no Brasil hoje.....	62
Capítulo 2 – O caminho/percurso trilhado na pesquisa.....	72
2.1 – A construção do objeto da pesquisa.....	72
2.2 – As instituições participantes e o trâmite ético da pesquisa.....	79
2.2.1 – A Casa de Parto da Unidade Mista de Saúde de São Sebastião – CPSS/UMSSS, Distrito Federal.....	85
2.2.2 – A Casa De Parto David Capistrano Filho – CPR , Realengo, Rio de Janeiro.....	90
2.3 – Os sujeitos participantes.....	96
2.3.1 – Procedimentos de coleta de informações: a condução das entrevistas em profundidade.....	99
2.3.2 – Procedimentos de análise: pressupostos de uma análise dos discursos.....	102
Capítulo 3 – O Campo da Assistência ao Parto.....	106
3.1 – Mapeando discursos e tensões no campo da assistência obstétrica.....	106
3.2 – Um olhar histórico.....	113

3.3 – Percursos da hospitalização e da profissionalização no campo obstétrico brasileiro.....	124
3.4 – A proposta do Parto Humanizado.....	145
 Capítulo 4 – Casas de Parto: práticas, significados, espaços e territórios do parto e nascimento.....	149
4.1 – Casas de Parto no contexto da proposta de humanização da obstetrícia..	149
4.2 – As Casas de Parto no Brasil.....	157
4.3 – A Portaria nº985/1999 e seus desdobramentos.....	164
4.4 – Espaços, lugares e territórios do parto e nascimento.....	200
 Capítulo 5 – A obstetrícia como um campo de batalha.....	210
5.1 – Onipresença do conflito.....	210
5.2 – Uma história da CPSS.....	213
5.3 – Uma história da CPR.....	224
5.4 – Múltiplas imbricações conflituais.....	239
5.5 – Um infame espólio feminino: a violência obstétrica.....	255
 Capítulo 6 – Uma compreensão sobre o cuidado promovido por Enfermeiras Obstétricas em Casas de Parto autônomas.....	263
6.1 – A filosofia de trabalho das Casas de Parto e os sentidos de humanizar: um discurso comum e construções práticas distintas.....	263
6.2 – Mediar e cuidar: fronteiras entre a intervenção no corpo e a organização do ser.....	285
 Apontamentos conclusivos.....	295
 Referências bibliográficas.....	304
 Anexos e Apêndices.....	321

INTRODUÇÃO

“Os fenômenos da gestação e parto são aspectos essenciais da realidade biológica e cultural. Todos os dias, eles constituem o início da vida para milhares de novos cidadãos, o fim da vida para alguns, e a materialidade da experiência vivida para as mulheres como mães. Como as mulheres vivem essas experiências – suas próprias decisões mais o tratamento que elas recebem de outros - irá influenciar suas próprias vidas e a de seus familiares, para melhor ou pior.”

Robbie Davis-Floyd e Carolyn F. Sargent¹

Durante o percurso da elaboração deste trabalho, inúmeras vezes deparei-me com a necessidade de explicar do que se tratava para pessoas que, de um lado, não estavam inseridas em um contexto acadêmico e, de outro, não tinham envolvimento com experiências de parto. Ouvi muitas vezes interlocuções como as seguintes: “Casas de quê?”, “Mas não tem médicos?”, “É seguro?”, “Mas para que esse trabalho?”, “Qual é seu objetivo com isso?”. É certo que minhas respostas não esgotavam o assunto, que havia dificuldades no diálogo e que muitas vezes, seja pela força dos questionamentos, seja pelas poucas certezas que os cientistas sociais costumam ter, as perguntas ecoavam em mim a ponto de não conseguir responder, mas sempre me surpreendia com duas reações bastante comuns: uma atitude de apoio e reconhecimento (“Ah, legal!”, “Nossa, que interessante!”, “É muito importante falar disso...”) e o compartilhar de histórias. Geralmente, as pessoas tem o que falar sobre partos e nascimentos. Sempre há uma história sobre algum bebê na família ou de conhecidos que nasceu há pouco tempo, alguma história marcante, feliz ou trágica. E há sempre a nossa própria história. Todos nós nascemos e de alguma forma deparar-se com o assunto tende a instaurar um processo auto-reflexivo em que alegrias e

¹ DAVIS-FLOYD, Robbie e SARGENT, Carolyn F. *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. United States: University of California Press, 1997, p. 14-15.

tristezas, celebrações e traumas, permanências e mudanças, no tempo e no espaço, entram em jogo.

Considero que a escrita desta tese e todo o processo, até de fato ocorrer essa “materialização”, aconteceu de forma não-linear. O estudo que gerou o produto que ora se vê, não seguiu exatamente os passos clássicos de manuais de metodologia, mas teve idas e vindas, aceleramentos e pausas. Principalmente, pausas. Assim como na conduta expectante que nomeia a obstetrícia², foi necessário, em muitos momentos, parar, para que uma observação ativa da minha posição enquanto pesquisadora e mulher, do processo de pesquisa e dos fatos que ocorriam no cenário nacional e outros elementos, pudessem ser levados em conta e reconstruídos.

Nesta Introdução, pretendo então, apresentar brevemente como surgiu a ideia deste trabalho, a minha situação enquanto pesquisadora, o “objeto” em questão, as intenções do estudo e, por fim, as partes que compõem a tese.

O primeiro vislumbre para um estudo relacionado a partos e nascimentos ocorreu há muitos anos atrás, por meio de minha primeira experiência com a maternidade. Fui mãe pela primeira vez aos 21 anos, ainda estudante de graduação. Com todos os questionamentos desse período, a necessidade de vivenciar a maternidade criticamente e a necessidade de construir objetos de estudo acabaram se somando. Foi um rico período de descobertas, no qual o processo de gestar, parir e cuidar foi sentido, vivido, estudado e elaborado continuamente. Na prática, resultaram disso uma monografia de graduação, outra de especialização em saúde pública, uma dissertação de mestrado, concluída após o nascimento de meu segundo rebento, e um projeto de doutorado.

A idealização deste trabalho, portanto, aconteceu como um desdobramento da pesquisa realizada na dissertação de mestrado. Em 2007, defendi a dissertação intitulada “Humanização do Parto nos contextos público e privado no Distrito Federal” desenvolvida a partir do questionamento: “Que mudanças nas relações entre usuárias (gestantes e parturientes) e agentes de saúde (médicos(as), enfermeiras obstétricas, psicólogas (os), e outra(o)s) são promovidas a partir da proposta de humanização do parto nos contextos público e privado da assistência obstétrica no

² O termo “obstetrícia” vem do latim. Algumas referências indicam como origem do nome o verbo “obstare”, significando ficar ao lado, ou a composição de “ob”, estar “à frente, no caminho” e “stare”, “ficar de pé”. (informações nos endereços <http://pt.wikipedia.org/wiki/Obstetr%C3%ADcia> e <http://origemdapalavra.com.br/palavras/obstetricia/>, acesso em setembro de 2012.

Distrito Federal?”. É importante relatar em poucos parágrafos alguns elementos sobre minha dissertação.

A dissertação enuncia como “humanização do parto”, a despeito de sua polissemia, uma proposta de assistência obstétrica que busca contemplar a qualidade da assistência e os direitos das usuárias dos serviços obstétricos. Essa proposta encontra-se, atualmente, na pauta de diversas instâncias sociais: em políticas públicas, organizações da sociedade civil, na mídia e serviços privados (Nonato, 2007), como uma reação ao modelo hospitalocêntrico, centrado na assistência e na autoridade médica e baseado em rotinas de intervenções (procedimentos técnicos aos quais as mulheres e bebês são submetidos).

Circulam no ideário da construção dessa proposta elementos como: relações simétricas entre as mulheres e os agentes de saúde que lhes acompanham, a autonomia feminina pautada na informação e fundamentada nos direitos humanos e reprodutivos, a construção do casal grávido, a realização de intervenções apenas em situações de necessidade, a busca de fundamentação científica, a participação de profissionais não médicos na assistência a gestantes e parturientes (enfermeiras obstetras, obstettrizes, doulas, psicólogos, preparadores corporais, entre outros), a participação de acompanhantes de escolha da mulher no parto, o parto em contextos não-hospitalares, entre outros (Nonato, 2007).

Na pesquisa da dissertação, foi realizado um amplo trabalho de campo, do qual participaram pessoas ligadas a duas instituições de saúde selecionadas por apresentarem iniciativas relacionadas à promoção do “parto humanizado”: um Hospital Privado – HP, localizado no Plano Piloto, e a Casa de Parto de São Sebastião (inserida na Unidade Mista de Saúde de São Sebastião – UMSSS).

Os procedimentos de coleta de informações utilizados no estudo foram a observação participante, nos cursos e/ou palestras para gestantes das instituições e nas demais atividades oferecidas às gestantes e voltadas para a humanização do parto, e entrevistas semi-estruturadas com mulheres e profissionais. Foram realizadas quinze entrevistas com mulheres no período do pré-natal (sendo sete mulheres na instituição privada e oito na pública) e treze no pós-parto³, totalizado vinte e oito entrevistas com mulheres, e um total de quatorze entrevistas com agentes de saúde/profissionais, entre as categorias de psicologia, ginecologia e obstetrícia, pediatria, anestesiologia,

³ Ocorreu a perda de contato com duas mulheres após a realização da entrevista no pré-parto.

enfermagem e assistência social. A pesquisa compreendeu, ao todo, 42 entrevistas, registradas em áudio, transcritas e analisadas em seu conteúdo a partir do referencial de Bardin (1977) e Bourdieu (1993).

A análise dos resultados da pesquisa configurou-se como um grande desafio de articular todas as variáveis implicadas: de um lado mulheres em distintas condições socioeconômicas e de socialização, de outro, sua relação com profissionais de distintas categorias, ambos os grupos (mulheres e profissionais), situados em contextos distintos da assistência obstétrica (no privado e no público), e, ainda, por meio da análise de caráter qualitativo.

Os resultados de todo esse esforço, definitivamente não esgotaram a pergunta provocadora, centrada na operacionalização da proposta de assistência obstétrica, mas colocaram a necessidade de, em um próximo estudo, limitar bastante o campo de coleta, concentrando-o em um tipo de instituição, em um público específico (profissionais ou mulheres) e em um tipo de iniciativa (por exemplo, cursos para gestantes, assistência em Casas de Parto, parto domiciliar, entre inúmeras práticas). No doutorado, assumi essas escolhas limitadoras e, assim, cheguei a formulação de um projeto de pesquisa de doutorado centrado nos sentidos e conflitualidades do processo de instituição das Casas de Parto no Brasil, inseridas no contexto da chamada humanização de partos e nascimentos.

Minha situação enquanto pesquisadora influenciou a constituição desse projeto e deste trabalho. Tive diferentes posicionamentos no campo ao longo do processo. Primeiramente, mulher parida e estudante. Posteriormente, “atriz” atuando diretamente no campo, uma profissional, sendo que atuei durante quase três anos como consultora técnica em uma das áreas mais diretamente relacionadas às Casas de Parto no Ministério da Saúde (a Área Técnica de Saúde da Mulher do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas), e, ainda como pessoa atuante em movimentos a favor dos direitos das mulheres na assistência a suas gestações e partos, com posicionamentos relativamente constantes nas redes sociais, eventos e manifestações. Não sei exatamente especificar em quais aspectos essa quádrupla inserção no campo da assistência obstétrica, meu campo de pesquisa, modificam o projeto e meu trabalho, mas sei que foram elementos empáticos ora de íntima aproximação, ora produtores de dificuldades de distanciamento, do chamado estranhamento.

Os sentidos e conflitualidades do processo de instituição das Casas de Parto no Brasil constituem, portanto, a temática central desta pesquisa de doutorado. Já que a experiência mostrou que esse tipo de instituição ainda não está incorporada ao imaginário brasileiro e pode não indicar um sentido intuitivo, cabe esclarecer, *a priori*, o que vem a ser uma Casa de Parto.

Mas antes, e como contraste demarcador, gostaria de deter-me no ambiente mais conhecido e fixado em nosso imaginário como o lugar dos partos e nascimentos: a maternidade tipicamente hospitalar. Esse local (o ambiente hospitalar de partos e nascimentos) é geralmente constituído de uma enfermaria com leitos justapostos a partir de um corredor central, destinado à observação durante o trabalho de parto, uma ou mais salas para partos vaginais, comumente chamada de Centro Obstétrico e um ou mais salas de Centro Cirúrgico, onde são realizadas as cirurgias cesarianas. Nesse ambiente também existem normalmente outras áreas e pequenas salas como: “área para registro de pacientes”, “área de recepção de parturiente”, “sala de exame, admissão e higienização de parturientes”, “posto de enfermagem”, “sala de guarda e preparo de anestésicos”, “sala de pré-parto”, “área de indução anestésica”, “área para assistência de R.N. (recém-nascidos)”, “área de prescrição médica”, “área de recuperação pós-anestésica”, entre outras⁴.

Esse tipo de “maternidade”, entretanto, é típica de uma enfermaria hospitalar como qualquer outra. Creio que apenas a leitura desse último parágrafo seja capaz de produzir quase automaticamente imagens mentais presentes em nossa memória, seja pela vivência, seja pelo convívio com imagens e mensagens midiáticas em nosso cotidiano. Que impressões essas imagens suscitam?

O hospital e, por consequência, a maternidade hospitalar, é o lugar do branco, ou do verde claro, o lugar do silêncio, da assepsia, da higiene, da limpeza, da frieza climática e anímica, da austeridade, do funcional, do estéril, da luz branca, lugar dos cheiros hospitalares (o álcool, o iodo, a vaselina, e, por fim, o poluidor sangue).

Nesse sentido, fica claro que a alcunha “casa” é um qualificador muito importante, pois diferencia as Casas de Parto do típico ambiente hospitalar, hegemônico no Brasil e na maior parte dos países do mundo atualmente. A Casa de Parto é uma casa. Externamente, elementos arquitetônicos variados. Internamente, o

⁴ Interessante notar como as denominações comuns para esses espaços trazem significados relacionados à construção das estratégias médicas, como o esquadramento e a vigilância, como aponta a perspectiva foucaultiana.

local de parir em geral se assemelha aos quartos e às suítes de dormir: com camas de casal, alguns móveis, berço e decoração. Existem Casas de Parto adaptadas a partir de construções que tinham anteriormente outras finalidades⁵ e construídas especialmente para esse fim.

De acordo com sua finalidade, as Casas de Parto são centros de assistência em saúde para mulheres gestantes, parturientes e puérperas⁶ e recém-nascidos. Nas Casas de Parto, em geral, as gestantes podem realizar o acompanhamento pré-natal⁷ e outras atividades de educação em saúde, ter o parto e o acompanhamento puerperal. (Brasil, 1999b; Fernandes, 2006, Turkel, 1995).

Entretanto, há uma grande variabilidade no universo das Casas de Parto. Elas podem ser totalmente independentes, ou seja, autônomas em relação a outras instituições de saúde, enquanto serviço e enquanto espaço físico, podem estar localizadas nas proximidades e serem ligadas a outras instituições, como um centro de saúde de média ou alta complexidade ou ainda serem anexadas e localizadas no interior de outras instituições, como um hospital. Nas categorias nativas (do jargão médico e institucional brasileiro), essa classificação situa as Casas de Parto enquanto extra, peri ou intra hospitalares. As Casas de Parto extra hospitalares também podem ser chamadas de “unidades isoladas”.

As Casas de Parto podem contar com a assistência de profissionais médicos, enfermeiras obstetras, obstetrizes ou parteiras, realizar ou não o pré-natal e o acompanhamento puerperal, incentivar um maior ou menor número de intervenções de rotina, aceitar acompanhar gestantes de acordo com critérios protocolares próprios, possuir ou não transporte de emergência (ambulância), estar mais ou menos caracterizada como um ambiente de “casa”, oferecer diferentes alternativas para alívio da dor e promoção do conforto no trabalho de parto, entre outros. Variam também os tipos de equipamentos disponíveis e a participação das comunidades na gestão.

Em língua inglesa, frequentemente são chamadas de *free-standing birth centers*, *birth houses* ou *birth centers*, e na língua francesa *maisons de naissance*.

⁵ Como é o caso de algumas Casas de Parto no Québec, Canadá, sediadas em antigas casas paroquiais.

⁶ São consideradas puérperas as mulheres no período de 1 a 42 dias após o parto (Brasil, 2006).

⁷ O acompanhamento pré-natal se destina a assegurar a saúde da gestante e do bebê iniciando, o quanto mais precoce possível, uma série de cuidados que envolvem consultas a profissionais de saúde, exames, recomendações comportamentais (alimentares, atividades físicas, hábitos de vida) e atividades educativas.

Existem em vários países, em alguns são tidos como unidades de alta “resolubilidade” – baixos custos e eficácia no alcance de seus objetivos – tal como nos Estados Unidos e no Japão⁸, apresentando baixíssimos níveis de morbimortalidade materna e neonatal (Sepúlveda, 2007, Turkel, 1995, Vadeboncoeur, 1994.).

A partir de uma conceituação técnica, como apresenta a Portaria que regulamenta as Casas de Parto no Brasil, de 1999, (Brasil, 1999b), pode-se dizer que essas, denominadas ali como Centros de Parto Normal⁹, são unidades básicas de saúde¹⁰ voltadas para o cuidado de gestantes de baixo risco¹¹, assistindo, portanto, ao parto vaginal¹² “sem riscos”, ou, na linguagem médica, sem distocia (quaisquer tipos de complicações).

Pela norma brasileira, nesses centros, as mulheres são acompanhadas por enfermeiras obstétricas (sendo que é aberta a possibilidade também para parteiras, nos casos em que a cultura local “exigir”) e auxiliares de enfermagem não havendo necessariamente a participação de médicos obstetras ou pediatras. A assistência se dá nas chamadas “suítes PPP”, ambientes individualizados, quartos nos quais ocorre o

⁸ O Japão é uma referência quando se trata de Casas de Parto, tendo inclusive, a Japan Internacional Cooperation Agency – JICA, firmado convênio com o MS para a realização de cursos de capacitação voltados à enfermeiras obstétricas e gestoras(es) brasileiras(os) com duração entre um e três meses e com estágio prático nas Casas de Parto do Japão. Além dessas capacitações, a JICA vem atuando no Brasil desde 1994, aproximadamente, por meio de estudos e financiamento de projetos relacionados a humanização do parto e Casas de Parto, principalmente na região nordeste (informações do Project Outline (www.jica.org.br), acesso em 10 de janeiro de 2007).

⁹ Casas de Parto e Centros de Parto Normal são termos que podem ser utilizados como equivalentes. Nesse trabalho será privilegiado o termo “Casa de Parto”, por ser o mais adotado nas comunidades que discutem temas relacionados à humanização do parto e usuárias, por outro lado, quando o foco se dá em torno das políticas e dados do Ministério da Saúde, também poderá ser utilizado o termo “Centro de Parto Normal”.

¹⁰ Unidades básicas de saúde são locais que prestam assistência considerada de baixa complexidade, envolvendo, em geral, os primeiros cuidados em enfermagem, ambulatório, ações educativas e preventivas e a clínica geral. Apresentam, entretanto, grande variabilidade de serviços prestados e podem incluir: unidade de Saúde da Família, posto de saúde, centro de saúde/unidade básica de saúde, unidades móveis fluviais e terrestres, unidade mista e ambulatórios de unidade hospitalar geral (BRASIL, 2009).

¹¹ O conceito de “risco” é frequentemente utilizado na assistência obstétrica como marcador do tipo de pré-natal e assistência ao parto pelo qual a mulher deve ser assistida. O “risco” se dá como uma maior ou menor probabilidade de complicações à saúde e implica em uma idéia de classificação, o “baixo risco” e o “alto risco”. São utilizados como critérios de identificação do “risco”: fatores individuais (altura, peso) e sócio-econômicos, a história ginecológica e obstétrica anterior, doenças prévias ou concomitantes e doenças associadas à gestação.

¹² Na cultura brasileira é frequente a expressão “parto normal”, em alusão ao parto vaginal. Neste trabalho, privilegiarei a segunda expressão em detrimento da primeira por considerar que é mais apropriada sociologicamente. Significa dizer que, independente da condução e do desfecho do parto, culturalmente, não podemos julgar a normalidade de um parto.

atendimento no pré-parto, no parto e no período pós-parto, geralmente com banheiro interno ou anexo. No Brasil, obrigatoriamente, existem ambulâncias para realizar a remoção das gestantes no caso de ocorrência de alguma complicação no parto e necessidade de suporte em unidade de outro tipo, que possa oferecer assistência de “maior complexidade”, assistência cirúrgica ou de monitoramentos e intervenções mais específicas.

Um aspecto da importância sociocultural das Casas de Parto, em um cenário de ressignificação do parto, se dá pelo fato de representarem idealmente vários elementos relacionados à proposta de humanização da assistência ao parto (como, por exemplo, a postura ativa da mulher, o parto “fisiológico”, com o mínimo de intervenções possíveis, a implicação de familiares, a valorização de atores não-médicos no contexto da assistência, entre outros), o que se dá desde o seu aparecimento enquanto projeto institucional e legal. A tentativa de retirada do parto de um cenário quase exclusivamente hospitalar representa também a busca por tratar o evento do nascimento como uma questão de saúde, e não de doença, e tem tido um efeito social que desperta interesse, pois tem provocado diferentes reações entre os principais atores envolvidos nesse campo profissional.

A questão do risco e, consequentemente, da segurança desses locais, é assunto constante em estudos epidemiológicos. Existe uma série de revisões sistemáticas internacionais – estudos randomizados que, por meio de técnicas estatísticas, buscam entender a questão da probabilidade de eventos indesejados como mortes maternas, neonatais e outros agravos a saúde – comparando os resultados maternos e perinatais e com referência ao local do parto.

De parte da classe médica, várias manifestações de repúdio podem ser vistas na internet e em periódicos de entidades ligadas a Ginecologia e Obstetrícia, como o artigo do Dr. José Aristodemo Pinotti, que classifica as casas de parto em ambiente urbano, como em São Paulo, de “penduricalhos pirotécnicos”, desnecessárias e perigosas (Pinotti, 2000). Além disso, ressalta-se as resoluções de algumas representações estaduais dos conselhos de medicina, proibindo médicos de atuarem em Casas de Parto ou estabelecer alguma relação com essas unidades de saúde, seja na atuação de responsabilidade técnica ou de gestão. É o caso das Resoluções nº 201/2004 do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro –

CREMERJ e nº 111/2004 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP.

São casos e fatos como os descritos acima que tornam a existência das Casas de Parto no Brasil um elemento disposto no campo das disputas pela hegemonia na atenção a partos e nascimentos, no campo da atenção obstétrica. Por isso, a centralidade das Casas de Parto nesse estudo que, por meio dos profissionais que nela atuam, trazem à tona sentidos e conflitualidades presentes no seu histórico, no tipo de assistência prestada e nas relações existentes entre as classes profissionais envolvidas no campo. Pela “novidade” que ainda representam no país, também é importante e necessário deter-se sobre o discurso que as profissionais dessas instituições estão construindo sobre si mesmas, seus percursos, práticas e enfrentamentos.

Considerando que se estabeleceu uma legitimidade conflitual entre um apelo público em prol das Casas de Parto e um questionamento público dessa legitimidade pelas entidades de classe médicas, avaliou-se que essa dualidade precisaria ser melhor compreendida, com um mergulho na realidade dessas casas no país, em particular nos casos de Casas de Parto que sofreram processos judiciais, proposta deste trabalho. A fim de cumprir com o propósito proposto, localizei duas Casas de Parto autônomas e ativas, mas que sofreram processos de fechamento e em diferentes contextos: Casa de Parto de São Sebastião – CPSS , no Distrito Federal – DF, e a Casa de Parto de Realengo – CPR , no Rio de Janeiro – RJ. Ambas estão em funcionamento e enfrentaram tentativas de fechamento em algumas ocasiões, porém possuem gestão diferenciada, sendo a primeira estadual/distrital e a segunda de gestão municipal.

Durante a pesquisa de campo, realizei visitas às Casas de Parto selecionadas, entrevistei profissionais nelas atuantes e obtive acesso à documentos relacionados às tentativa de fechamento ou outros documentos institucionais. Na Casa de Parto de Realengo, houve oportunidade de, durante o período da coleta, de uma semana, observar mais de perto os processos de trabalho, pois pude ter uma breve convivência com as funcionárias da Casa. Considerando as duas Casas de Parto incluídas na pesquisa empírica, foram realizadas, ao todo, trinta entrevistas em profundidade.

Assim, contextualizando o surgimento das Casas de Parto no cenário da humanização da saúde, pretendi analisar, inicialmente, a seguinte questão: que sentidos e conflitualidades permeiam o cenário do surgimento e estabelecimento de Casas de Parto autônomas no Brasil? Para responder à essa questão principal, outros questionamos se fizeram importantes na composição da abordagem do problema de

pesquisa, bem como a busca de elementos teóricos que pudessem ajudar nesse processo de compreensão.

No primeiro capítulo comento brevemente o campo de estudos da sociologia da saúde e da medicina, contextualizando o surgimento da discussão sobre o processo de medicalização na sociedade contemporânea, característico do desenvolvimento da modernidade. Os efeitos da medicalização sobre o fenômeno do parto e do nascimento serão analisados, compondo uma análise sobre o modelo hegemônico de assistência ao parto e finalizando com a apresentação de alguns dados sobre a assistência ao parto no Brasil atualmente.

O segundo capítulo descreve detalhadamente todo o caminho metodológico trilhado na pesquisa. Delineia o processo de construção do objeto, explicitando fatos e questões que foram fundamentais para sua demarcação, até sua conformação enquanto um problema específico. De acordo com a abordagem qualitativa, vislumbrada enquanto o enfoque mais adequado para o estudo, descreve-se as instituições participantes, em estreita relação com o trâmite ético da pesquisa, os sujeitos participantes, os procedimentos de coleta de informações (entrevistas em profundidade) e os procedimentos de análise (análise de discurso). Já nessa seção é possibilitado um pequeno mergulho nas instituições participantes, com a descrição geral de seus aspectos físicos e assistenciais.

No terceiro capítulo abordo o campo da assistência ao parto, buscando um entendimento histórico da assistência obstétrica, em que serão consideradas hegemonias e contra-hegemonias, num percurso até a chamada humanização da assistência ao parto. Início apresentando alguns conceitos essenciais, que serão trabalhados ao longo da tese, principalmente, as noções de campo, conflito e conhecimento autoritativo. Uma análise histórica da assistência ao parto busca compreender como os processos de hierarquização entre agentes de saúde e hospitalização do parto se deram no Brasil e, por fim, em linhas gerais, como surge a proposta de humanização da assistência ao parto, ligada, no Brasil, ao surgimento das Casas de Parto.

O quarto capítulo se detém sobre as Casas de Parto propriamente ditas, em um esforço de reconstrução da história dessas instituições no país, até então inédita. Parto de uma retomada dos aspectos pelos quais se relacionam com a proposta de humanização da obstetrícia, para em seguida focar no histórico das mesmas em território brasileiro, marcada por dois paradigmas: o primeiro relacionado ao chamado

“vazio assistencial” e o segundo, relacionando às Casas de Parto a uma opção de local de parto e modelo assistencial para as mulheres. Ainda são trabalhados alguns aspectos teóricos em torno dos espaços, lugares e territórios do parto e nascimento.

O quinto e o sexto capítulos descrevem os principais resultados da pesquisa, explorando intensivamente as discursividades observadas na fala das participantes da pesquisa. O quinto capítulo, intitulado “A obstetrícia como um campo de batalha” traz o conflito como elemento central para a análise nesse campo, tendo como foco os significados construídos em torno das Casas de Parto participantes, na construção dialogada com as profissionais entrevistadas. A onipresença do conflito no discurso, de certa forma já esperada, é explicitada e trabalhada nas reconstruções históricas das duas Casas protagonistas e relacionada à múltiplos aspectos identificados como de suma importância nas falas das enfermeiras obstétricas. Um elemento não esperado muito importante foi a evidência da violência obstétrica e da penalização das mulheres nos conflitos polarizados entre enfermeiras e médicos. No sexto capítulo, são trabalhadas ainda, as disposições e práticas em torno do cuidado humanizado e como compõem o conhecimento autoritativo das enfermeiras obstétricas atuando em Casas de Parto autônomas, em contraposição a atuação médica.

Capítulo 1 – Sociologia e saúde, medicina e medicalização.

1.1 – Sociologia e saúde – pródomos de um debate.

“Vivemos em uma sociedade que em grande parte marcha “ao compasso da verdade” – ou seja, que produz e faz circular discursos que funcionam como verdade, que passam por tal e que detêm por este motivo poderes específicos.”

Michel Foucault¹³

O tema da saúde e da medicina teve pouca importância enquanto problema sociológico, se levarmos em consideração autores mais clássicos da sociologia: Marx, Durkheim e Weber¹⁴, frequentemente apresentados como os pais da disciplina. Apesar dos estudos de Durkheim e de autores marxistas (como Engels¹⁵), respectivamente sobre o suicídio e as condições de saúde da classe trabalhadora, podemos concordar com Adam e Herzlich (2001, p.7) quando afirmam: “(...) a escola e a fábrica foram objeto de estudo dos sociólogos muito antes do hospital e do consultório médico.”. Além desses, também Comte e Weber, passam por incursões relativas à saúde, mas pode-se dizer que o campo não é desenvolvido posteriormente, comparadamente à outros campos temáticos, como a educação ou o trabalho, que podemos citar como dotados de uma tradição clássica.

Isto, obviamente, não implica que conceitos ou esquemas teóricos consagrados pelos clássicos não pudessem vir a ser, posteriormente, estendidos às questões concernentes à saúde ou à medicina. Neste sentido houve sociólogos que

¹³ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2002.

¹⁴ Weber, que administrou hospitais em Heidelberg (Nunes, 2003) faz uma breve citação sobre a medicina no prefácio de *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*, apenas à título de exemplificação da amplitude do processo de racionalização na sociedade ocidental. A saber: “A medicina, especialmente na Índia, embora altamente desenvolvida quanto às técnicas empíricas, carecia de fundamentos biológicos e particularmente bioquímicos. Uma química racional tem estado ausente de todas as áreas da cultura que não a ocidental.” (2001, p. 21).

¹⁵ Em *The Condition of the Working Class in England* (apud White, 1991).

procuraram utilizar, por exemplo, a distinção entre normal e patológico de Durkheim, a crítica capitalista de Marx e as noções de racionalização e secularização de Weber. Outros autores ainda, passam por temas fronteiriços, como Georg Simmel, ao se debruçar sobre a vida mental e o modo de vida na urbanidade e Marcel Mauss, ao refletir sobre as técnicas corporais.

Alguns autores importantes para a teoria social contemporânea realizaram contribuições mais significativas, como é o caso de Michel Foucault, com muitas aportes sobre a história da medicina e os processos de patologização e Norbert Elias, com escritos sobre o envelhecimento e a morte, o que, entretanto, também não levou a um grande desdobramento para uma possível sociologia da saúde e da medicina, enquanto campo de estudos estruturado.

Os desdobramentos entre a área temática da saúde e as ciências sociais, e aqui se particulariza a sociologia, tiveram, no entanto, seus próprios autores clássicos, suas próprias noções fundantes, em localizações internacionais específicas e trajetórias diferenciadas.

A aproximação dos temas em saúde e medicina das ciências sociais se deu, ao longo da história, por diversos motivos, dentre eles: períodos de instabilidade social no qual houve reivindicações na área da saúde, grandes epidemias ou ocorrência de certas doenças, problemas envolvendo o acesso público ao atendimento à saúde, e outros. Tanto houve uma demanda dos problemas sociais para o surgimento da própria sociologia quanto para a sociologia da saúde.

Everardo Nunes¹⁶ (1999, 2003, 2006) tem oferecido em suas revisões, importantes resgates históricos e boas coletâneas de autores e textos de referência que aproximaram a sociologia das ciências da saúde, em contexto internacional. Nunes (1999), recupera, por exemplo, Jules Guérin, que em 1848, no contexto da Revolução Francesa, chama a atenção dos médicos para a responsabilidade que teriam perante aquele corpo social em crise. Através da noção de “medicina social” conclama a classe médica à participação política nas mudanças sociais que ocorriam naquele contexto, focalizando os problemas da saúde coletiva.

¹⁶Everardo Duarte Nunes certamente é um dos pioneiros em ciências sociais, sociologia e saúde no Brasil. Cientista social pela Universidade de São Paulo – USP, realizou mestrado focado em sociologia da medicina na University of London em 1974 e posteriorente doutorado em Ciências pela Universidade de Campinas – Unicamp, desde a década de 1960 atua na área e desde 1967 na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Os Estados Unidos é o país em que o interesse pela saúde nas ciências sociais floresce mais rapidamente e de forma pioneira. Já em 1893, Charles McIntire, utiliza a noção de “sociologia médica”, ao proferir uma palestra, dirigida à médicos, intitulada “The importance of the study of Medical Sociology” (Nunes, 1999). Esse autor, fez parte da primeira fase, do desenvolvimento da sociologia da saúde a partir do contexto americano, dos anos 1920 aos anos 1940 (Nunes, 2003), ao lado de outros nomes, como, Ogburn, Bernhard Stern, Henderson e alguns autores da primeira Escola de Chicago.

O pós-guerra, inaugura uma nova fase, em que o campo tem um grande florescimento em virtude do interesse político e o investimento público em ciências sociais aplicadas, tanto nos Estados Unidos, quanto em outros contextos.

Pouco a pouco são feitos esforços no sentido de formalizar, pela especialização, a sociologia médica enquanto sub área da sociologia, ramo que encontra florescimento impressionante nos Estados Unidos, já a partir das primeiras décadas do século XX. Talcott Parsons é quem faz o primeiro estudo estritamente teórico na área, “Social Structure and Dynamics Process: the Case of the Modern Medical Practice”, publicado em 1951.

Já em 1972, havia nos Estados Unidos quarenta e sete cursos de mestrado e doutorado, especificamente sobre sociologia médica (Nunes, 1999). As tendências gerais mais importantes da sociologia médica nos Estados Unidos foram apontadas por Bloom, em 1976 (apud Nunes, 1999, p.127). Para o autor, antes de 1960 a sociologia médica nos Estados Unidos apresentava como tendências gerais: um esquema de referência sociopsicológico, pesquisas de temas sobre relações sociais de pequena escala, análise de papéis em estabelecimentos limitados, interesses teóricos básicos, com análises clássicas de comportamento. Depois de 1960, as tendências gerais estariam em torno da análise institucional, sistemas sociais amplos, análise de organizações complexas, uma espécie de ciência política dirigida à sistemática tradução do conhecimento básico em processo de tomada de decisões e análise de estruturas de poder.

A partir de 1960, o campo da sociologia da saúde é reconhecido pela American Sociological Association (ASA) e rapidamente cresce em número de adeptos (Nunes, 2003).

Na América Latina, o campo começa a se desenvolver nas décadas de 1930 e 1940, a partir das preocupações políticas com a saúde, o desenvolvimentos dos

sistemas e modelos de atenção e movimentos de reforma em saúde e também por influência de convênios de cooperação internacional bilaterais. Tem importante papel a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e os trabalhos de antropólogos para o planejamento sanitário, envolvendo, principalmente, populações indígenas (Nunes, 2003, 2006).

No Brasil, a partir da década de 1930, se dá o surgimento das escolas sociológicas em São Paulo e as incursões no campo da saúde, tema considerado esporádico na produção brasileira, acompanham as tendências das décadas: na década de 1950, sob influência da sociologia científica americana e das teorias da modernização e nos anos 1960, a sociologia crítica que pensa sobre as dinâmicas da desigualdade, sob forte influência do marxismo e da teoria da dependência.

Como coloca Nunes (2003), é a partir da década de 1960 que as ciências sociais entram massivamente no ensino médico como conhecimento crítico e questionador, revisitando o modelo biológico, individualista e hospitalocêntrico deste. É nesta época que florescem propostas em torno de uma medicina pública, integral, humanista.

Nas últimas décadas, o que se tem apresentado no campo é, além de uma grande expansão territorial (a sociologia da saúde e da medicina também possui vários expoentes na Europa e na América Latina) uma grande diversidade temática, indo de temas micro à macro sociais. São exemplos: abordagem de várias doenças importantes no contexto atual, como a SIDA ou o câncer, saúde pública, políticas de saúde, doenças mentais, além do cruzamento destes temas com variáveis sociológicas importantes, tais como gênero, raça, idade e renda. Apresenta-se também a interdisciplinariedade e, conseqüentemente, uma abordagem multi metodológica no campo.

Em artigo em que revisita a produção científica das ciências sociais em saúde na América Latina, de 2006, Everardo Nunes analisa as origens do campo a partir de revisões sistemáticas pioneiras, financiamento de projetos no país, encontros e congressos, coletâneas publicadas e levantamentos específicos. É interessante notar que mesmo com a grande relevância da área, transparece que a saúde ainda não se instituiu enquanto linha de pesquisa e interesse nos centros acadêmicos brasileiros de ciências sociais. Entretanto, é no interior de institutos de pesquisa da saúde, saúde pública e coletiva e nos periódicos dessas áreas que as pesquisas de cientistas sociais tem encontrado um campo de atuação mais presente.

Como evidencia o autor: “(...) o processo de institucionalização das ciências sociais em saúde articulou-se ao processo de institucionalização do campo da saúde coletiva (...)” (Nunes, 2006, p. 67). Com isso, pesquisas tem apontado que a produção direta das áreas das ciências sociais sobre a saúde é ainda pequena e a trajetória dos profissionais tem sido de fora do campo para o interior do campo, ou seja, em sua maior parte, os pesquisadores vem de áreas de atuação na saúde, gestão e educação, por exemplo, para aí se inserirem nas ciências sociais.

O pequeno e, à primeira vista, recente interesse dos cientistas sociais na área da saúde pode ser averiguado a partir de consulta às fontes disponíveis no website da Associação Brasileira de Pós Graduação em Ciências Sociais – ANPOCS. A Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais – BIB, desde seu número inicial, não apresenta nenhuma revisão relacionada à área da saúde e a Revista Brasileira de Ciências Sociais apresenta apenas 16 resultados para o indexador “saúde”, sendo quatro deles publicações dos anos 90 e as demais a partir de 2000. As séries “Ciências Sociais Hoje” e “O Que Ler na Ciência Social Brasileira” também não apresentam títulos relacionados à saúde¹⁷.

Diante desse pequeno panorama, pensar a saúde enquanto campo das vivências humanas e a partir de fenômenos específicos no interior desse mesmo campo, exige um processo de busca que esbarra na pluralidade de matrizes de pensamento e autores com contribuições pontuais e distanciadas da realidade propriamente brasileira e latino americana, por exemplo. Entretanto, algumas ferramentas analíticas sobre os processos sociais contemporâneos que circulam difusamente entre campos, autores e matrizes, podem ser úteis para abrir uma reflexão em torno do campo da saúde na contemporaneidade. É o caso da chamada medicalização, que será apresentada a partir de uma leitura da modernidade e da história da medicina.

¹⁷ Essas informações dizem respeito a pesquisa realizada no site mantido pela ANPOCS (<http://www.anpocs.org/portal/>), em outubro de 2012.

1.2 – Modernidade, Medicina e Medicalização.

A própria sociologia surge com o advento da modernidade e, portanto, boa parte de seu projeto disciplinar está constituído na reflexão das mudanças sociais ocorridas a partir daí. Segundo Vanderberghe (1999) podemos identificar cinco matrizes distintas para a interpretação dessas mudanças sociais: clássica (modernidade), anti-modernização, pós-moderna, neo-moderna e, finalmente a teoria sociológica da modernidade tardia¹⁸.

Grande parte dos autores que discutem a emergência da modernidade a vêem a partir da negação da velha ordem social, identificada, principalmente, com a autoridade da Igreja e dos senhores feudais. Como coloca Giddens (1991, p. 14): “Os modos de vida produzidos pela modernidade nos desvencilharam de *todos* os tipos tradicionais de ordem social, de maneira que não tem precedentes”, procedendo a uma profunda mudança no que diz respeito a dois aspectos fundamentais da vida social: tempo e espaço. Assim, as mudanças passaram a ter um ritmo muito maior e um escopo alargado.

Kumar (1997) faz uma análise importante da emergência da modernidade na qual a identifica com o surgimento de um novo milenarismo. Diferentemente do milenarismo cristão, no qual o tempo era percebido como linear e irreversível e o futuro vislumbrado como permanência do antigo, após a Renascença tem-se a concepção de uma história secular. Essa, possibilitou a mudança de foco para um tempo dinâmico, calcado no progresso científico. A realização do futuro passou a ser vista como a evolução de sucessivas mudanças a partir do novo. Dois marcos fundamentais são apontados: a Revolução Francesa e a Revolução Industrial. A primeira “anunciou o objetivo do período como a obtenção de liberdade sob a orientação da razão.”, essa seria a base da consciência moderna (Kumar, 1997, p. 93), e a segunda “forneceu-lhe substância material” (Kumar, 1997, p. 93). Esse último ponto deve ser enfatizado, pois as consequências do industrialismo são cruciais para a

¹⁸ Para o autor, que elas trazem de essencial é o fato de que uma pluralidade de visões sobre a modernidade é possível e necessária, uma vez que vários campos do conhecimento disputam visões sobre a sociedade. Para exemplificar, teríamos o discurso estético da pós-modernidade, o qual se auto-declama fragmentário e anti-linear, dentre outras possibilidades. Embora muitas tentativas já tenham sido feitas, ficaria difícil a transposição desse discurso para a prática sociológica, mesmo que sua mensagem possa lhe ser útil. Nesse sentido, a sociologia mantém-se no esforço de compreensão das mudanças sociais contemporâneas e, portanto, da modernidade, sem, no entanto adotar uma postura pós-moderna.

modernidade, como a mundialização e ocidentalização do mundo. Outros aspectos das transformações que vieram com a modernidade poderiam ser enumerados, mas esses já são suficientes para termos em mente a grandiosidade dessas mudanças: implicaram, por exemplo, no fortalecimento de racionalidades diferentes e opostas ao pensamento escolástico (Iluminismo) e uma nova relação do homem com o trabalho e os meios de produção (Industrialismo). Como sintetiza Kumar (1997):

“História e progresso, verdade e liberdade, razão e revolução, ciência e industrialismo, tais são os termos principais das “narrativas grandiosas” da modernidade (...)” (p. 96).

“A modernidade não é apenas produto da revolução (...), mas é em si basicamente revolucionária, uma revolução permanente de idéias e instituições.” (p. 92).

A modernidade tardia é apresentada por Vanderberghe (1999) como uma matriz sociológica que identifica no mundo contemporâneo a radicalização dos processos e instituições sociais característicos da modernidade (lembrando Kumar, 1997, p. 96: “História e progresso, verdade e liberdade, razão e revolução, ciência e industrialismo”), bem como reforça a importância do capitalismo, como uma fonte persistente de influência perante processos sociais globais. Nesse sentido, é fundamental o entendimento da globalização em suas consequências econômicas, políticas e culturais.

A globalização, em suma, pode ser colocada como uma exacerbação do “alongamento” (segundo sugestão de Giddens) das relações sociais nas dimensões temporal e espacial: “intensificação das relações sociais em escala mundial, que ligam localidades distantes de tal maneira que acontecimentos locais são modelados por eventos ocorrendo a muitas milhas de distância e vice-versa.” (Giddens, 1991, p. 69). A intensidade desse processo é tamanha que, como nunca na história, os subsistemas sociais se tornaram interdependentes (Vanderberghe, 1999). Assim podemos apontar como traços dessa nova condição a permeabilidade das fronteiras nacionais, a unificação da economia (no sentido de que quaisquer ações econômicas, de uma maneira ou de outra, estão submetidas ao capitalismo), e a emergência de uma cultura global.

Com essas considerações, podemos afirmar que, no contexto do campo da saúde, além da influência de novos atores, profissionalizados e atuando a partir de um

“sistema perito”¹⁹, como os médicos, também a influência de estratégias estatais de tratamento e prevenção das doenças, determinaram novas práticas.

Observando a sociedade contemporânea a partir do encaminhamento da modernidade tardia, podemos constatar que a medicina se desenvolveu em direção ao princípio da racionalização, com a utilização de técnicas calcadas em pesquisas científicas. Além disso, essa tendência é indiscutivelmente globalizada, podendo, porém, também ser influenciada por processos locais.

No contexto contemporâneo, vivemos em sociedades medicalizadas. O desenvolvimento que culmina nessa configuração histórica, se deu a partir de práticas e saberes articulados em torno, principalmente, de tradições ligadas ao mitos e às religiões e que a medicina foi incorporando e modificando na direção de um modelo científico. Segundo Adam e Hertzlich (2001) este modelo científico é caracterizado por “(...) uma orientação crescentemente empírica, pela especialização do papel do médico e pela busca de um saber racional sofisticado.” (op.cit., p. 33). Nos primórdios desse busca, foram fundantes as obras de Hipócrates, com a teoria dos quatro humores, Galeno, com suas investigações em anatomia e as escolas francesas do século XIX (a “Escola de Paris”, com a “medicina anatomo-clínica”, e a corrente de Claude Bernard, com a “medicina experimental”). Na esteira dessas mudanças, ou progressos, os feitos da medicina e dos médicos pareciam ter um poder extraordinário sobre a vida e a morte.

Antes do estabelecimento da medicina científica, ou biomedicina, como qualifica Artur Kleinman (1995), os médicos disputavam reconhecimento com uma série de outros agentes de saúde, como os chamados barbeiros cirurgiões. A especialização dos serviços, a mobilização dos próprios médicos e o papel do Estado foram alguns dos fatores que influenciaram a ascensão profissional da classe médica, bem como o quadro atual de auto-regulamentação e de centralidade na figura do médico como provedor dos serviços de saúde.

No plano mais alargado da sociedade como um todo, iniciativas em torno de uma atuação coletiva em prol da saúde foram levadas a cabo pelos Estados Nacionais, em reação às tragédias coletivas (notadamente, as epidemias) e acompanhando as mudanças na forma de compreender os processos de saúde e adoecimento, com o

¹⁹ De acordo com a concepção de Giddens (1991, p.35): “sistemas de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje.”.

desenrolar da modernidade. Foucault (2002) se debruça sobre essa problemática. Segundo o autor, poderíamos distinguir três tipos históricos de atuação em saúde, centrados na medicina, que, embora não linearmente, desenvolveram no ocidente uma idéia de “medicina social”: a medicina de estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho.

A medicina de estado, característica da Alemanha no começo do séc. XVIII, apresentou um esforço de normatização da profissão médica, da medicina e para organizar a administração da saúde a partir de um ente superior (o Estado), na qual os médicos eram os administradores. Nesse modelo, que exemplifica claramente um dos mecanismos de “empoderamento” da medicina durante seu desenvolvimento (como apontado anteriormente) nasce a “polícia médica”. Na medicina urbana, característica da França, em fins do século XVII, a preocupação era dar conta dos grandes problemas sanitários do meio urbano em crescimento, que afetavam todas as classes. No entanto, já com uma orientação científica da medicina, é sobre as classes proletárias que as ações de vigilância e higiene são dirigidas. Finalmente, o que teria se desdobrado na moderna medicina surge com a medicina da força de trabalho, característica da Inglaterra em meados do séc. XIX, calcada nos investimentos em conter o perigo da crescente classe trabalhadora por meio das leis de proteção aos pobres (Poor Law) e do esquadramento da Saúde Pública. As leis de proteção social conformaram também a medicalização da sociedade que, entre outras conseqüências, referenciou o modelo médico para o tratamento de desvios sociais (alcoolismo, homossexualidade, doenças mentais e outros) e educacionais.

O conceito de biomedicina de Artur Kleinman (1995) apresenta as características das práticas terapêuticas organizadas das sociedades ocidentais modernas, fazendo uma síntese importante, que retrata o que foi configurado a partir dos desenvolvimentos históricos anteriores. O autor lembra que por mais que se fale genericamente em medicina, sempre é necessário contextualizar historicamente as práticas consideradas. Para Kleinman, a medicina, como outras instituições sociais é um meio pelo qual as pluralidades da vida social são expressadas e recriadas, um modo de gerenciar a realidade social. A biomedicina, em seus traços fundamentais:

“(...) é uma instituição global e institucionalizada; assume o paradigma científico que é tido como único, caracterizando uma ordem moral transcendente, de uma base materialista fundada na natureza (o que significa o reino físico); possui orientação reducionista radical, não

admitindo outros paradigmas para além das dicotomias que compreende (natural/não-natural, feminino/masculino, corpo/mente, etc), incluindo os tipos de intervenções médicas como “pesadas” ou “leves”; constrói os objetos terapêuticos sem legitimação da experiência do sofrimento, mas como problemas técnicos independentes da coletividade, a unidade é o indivíduo; assume um anti-autoritarismo calcado em procedimentos bioéticos; assume a idéia de progresso e uma racionalidade técnica; ocasiona a medicalização como expansão da racionalidade técnica para experiências humanas profundas, sendo essa sua característica mais controversa; implica na profissionalização altamente especializada; promove o paciente à condição de consumidor e transforma o cuidado em mercadoria, estabelecendo profundas relações de compromisso com o Estado.” (Nonato, 2007: 52).

Uma interpretação possível das consequências das características da medicina desenvolvida no ocidente e descritas acima é a constituição de um modelo de medicina calcado na tecnocracia (Davis-Floyd, 2001). Isso implica em uma sociedade organizada hierarquicamente a partir do uso da tecnologia, tendo a ideia do progresso tecnológico como fonte de poder político. Assumindo que esse modelo tecnocrático de medicina, também altamente burocratizado, é o modelo hegemônico nas sociedades do contexto da modernidade tardia, podemos indicar que as práticas médicas são semelhantes no mundo inteiro.

O estabelecimento dessa espécie de “cultura médica global” provavelmente foi muito influenciado pelo surgimento do hospital, segundo Adam e Hertzlich uma “(...) instituição prototípica das sociedades modernas.” (2001, p. 44). Até chegar a esse estatuto, no entanto, o hospital passou por diversas modificações, como aponta Foucault (2002). Modificações essas que acompanharam o desenvolvimento da modernidade como, por exemplo, a introdução da disciplina como dispositivo de poder, na distribuição espacial, da vigilância e do registro contínuo dos doentes.

Esse dispositivo, está também relacionado com outra noção introduzida por Foucault, o bio-poder. Para Foucault (2006), o bio-poder tem origem no direito de causar a morte e deixar viver dos soberanos absolutistas, mas, modernamente, esse “investimento” é revertido: é um controle positivo, isto é, produtor e não repressor, atuando no controle e na regulação da vida. Está assentado em uma estratégia biológica da existência, com isso, torna o poder político uma tarefa de gerir a vida, espalhando-o para diversos domínios da sociedade: “Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de

sua fatalidade: cai, em parte, no campo de controle do saber e de intervenção do poder” (Foucault, 2006, p. 155).

O bio-poder tem como pólo de ação o corpo, que precisa ser adestrado enquanto máquina de eficácia econômica e a regulação populacional da espécie, engendrando dispositivos concretos de controle dos corpos e ajustamentos econômicos, num contexto de crescente importância da normatividade. Foucault (op. cit., p. 156) observa: “Não é necessário insistir, também, sobre a proliferação das tecnologias políticas que, a partir de então, vão investir sobre o corpo, a saúde, as maneiras de se alimentar e de morar, as condições de vida, todo o espaço da existência.”.

Como observa Rosamaria Carneiro, “Doença torna-se, portanto, a exceção, enquanto a saúde vem como regra a ser diariamente edificada. Com essa intenção, a medicina adquire espaço e os hospitais transformam-se em centros de cura e também de produção da normalidade.” (2011, p. 34). Tornquist (2004) observa que o bio-poder foi determinante para produção histórica da hospitalização e da medicalização do Ocidente, não obstante ressaltar que esse processo foi e é fundamentalmente heterogêneo e inconcluso.

Os processos constitutivos de nossa modernidade recuperados acima, certamente articulam-se de forma singular em cada tempo-espaço diferenciado. Entretanto, podem ser tidos como traços fundamentais que se relacionam à chamada medicalização. A constituição de uma medicina científica, da intervenção pública na saúde pelos estados nacionais, a tecnocracia, a hospitalização e o bio-poder, todos esses aspectos da contemporaneidade, não podem ser entendidos em separado da medicalização.

Na literatura internacional, é na década de 1970 que o conceito de medicalização começa a ser intensamente explorado. Um dos teóricos mais conhecidos foi Ivan Illich, que em sua obra *A Nêmesis da Medicina: a Expropriação da Saúde*, de 1975, publicada no Brasil na mesma data, cunhou o termo “medicalização da vida”. O autor trabalha com uma perspectiva crítica e acusatória dos efeitos iatrogênicos de ações que supostamente deveriam produzir saúde, incluindo o grande aparato médico (desde a ação local de clínicos, até a produção das grandes empresas farmacêuticas) como mais uma das grandes empresas humanas exploratórias.

Illich (apud Tubert, 1996) coloca que a medicalização, como um dos aspectos colaterais da tecnologia nas sociedades ocidentais capitalistas, produziu três tipos de efeitos iatrogênicos: a iatrogênese clínica, a social e a estrutural.

A iatrogênese clínica pode ser definida como “(...) as consequências biomédicas do ato técnico que se manifestam como sintomas clínicos, isto é, as condições clínicas nas quais os agentes patogênicos são os medicamentos, os médicos e os hospitais.” (Tubert, 1996, p. 35). Isto implicaria em uma crítica da idéia corrente de que a medicina é a principal responsável por supostas melhorias na expectativa e qualidade de vida da humanidade. Segundo Illich, tais melhorias podem ser profundamente criticadas, chegando a afirmar que “A empresa médica, (...), transformou-se num perigo fundamental para a saúde.”(apud Tubert, 1996, p. 33).

A iatrogênese social seria constituída dos efeitos sociais da medicina que, paradoxalmente a sua proposta original, e assim como com os atos técnicos, gera efeitos indesejados e prejudiciais. São efeitos desta iatrogênese a “invasão farmacêutica”, a medicalização de categorias sociais como a de gestante e idoso e a medicalização da prevenção. A iatrogênese estrutural, por sua vez, seria uma “ (...) regressão do nível da saúde” (Tubert, 1996, p. 40), caracterizada pela reificação da experiência subjetiva em condições de dor, sofrimento, doença e morte.

A despeito de toda exploração humana que a grande indústria da saúde indiscutivelmente operou e opera e que tem suas expressões macro e micro políticas²⁰ é preciso refinar os termos nos quais se compreende a medicalização e sair do tom acusatório²¹. Uma boa definição é dada por Peter Conrad:

²⁰ Assunto constante na mídia e no cinema, a exemplo das conhecidas produções : « Cobiias », Anasazi Productions, “Jardineiro Fiel» de Fernando Meirelles, «Sicko SOS Saude» de Michel Moore e « Bicho de sete cabeças » de Laís Bodanzky.

²¹ Para Fox (1977), apesar das numerosas críticas que podem ser dirigidas à Illich, com sua extensiva visão dos efeitos negativos da medicina, podemos elencar uma variada gama de aspectos que podem corroborar com o argumento da medicalização das sociedades ocidentais modernas. Entre estes aspectos poderíamos incluir: a difusão do conceito de saúde, numa perspectiva inclusiva, o escopo cada vez mais amplo da terapêutica médica, a concepção de saúde e seguro-saúde enquanto categorias do direito, a alta expectativa pública sobre a medicina, o reconhecimento de comportamentos desviantes como doenças, o poder profissional dos médicos, o crescimento dos custos nacionais com a saúde (para os EUA), a atenção que a política e o legislativo americano fornecia aos assuntos correlatos à saúde e a medicina, a preocupação crescente com a bioética e o impressionante número de jovens aspirantes à carreira médica. Fox ressalta que o entendimento das causas e implicações destes aspectos da medicalização são bastante complexos, mas que algumas correlações podem ser apontadas para com os seguintes fatores: sistema de pagamentos dos sistemas de atenção à saúde, a importância central do hospital para o atendimento à saúde atualmente, os custos que as atividades hospitalares acarretam e o desenvolvimento tecnológico envolvido com a medicina.

“The key to medicalization is the definitional issue. Medicalization consists of defining a problem in medical terms, using medical language to describe a problem, adopting a medical framework to understand a problem, or using a medical intervention to “treat” it. This is a sociocultural process that may or may not involve the medical profession, lead to medical social control or medical treatment, or be the result of intentional expansion by the medical profession. Medicalization occurs when a medical frame or definition has been applied to understand or manage a problem; (...). The interest on medicalization has predominantly focused on previously nonmedical problems that have been medicalized (and, often, thought to be inappropriately medicalized), but actually medicalization must include all problems that come to be defined in medical terms.”(1992, p. 211).

O “controle social”, que por sua vez, viria da autoridade médica em definir comportamentos, influenciando pessoas e coisas e residindo tanto na pessoa do próprio médico, quanto na tecnologia médica, estabelece uma relação com os corpos individualizados e, nestes termos, pode ser definido enquanto controle social médico (Conrad, 1992). Tanto a medicalização, quanto o controle social médico, oriundo dela, são fenômenos totalmente inseridos no contexto de modernização da sociedades.

Na literatura sociológica, é nos anos 1970 que o conceito de medicalização surge e está inserido na mudança de paradigma nos estudos da sociologia médica americana apontado na primeira seção do capítulo (trabalhados por Bloom). Caracteriza-se, portanto, pela análise de estrutura de poder e pela análise de sistemas sociais mais amplos, sendo utilizado mais freqüentemente, como aponta Conrad (1992), no contexto crítico do que como um termo neutro, que simplesmente apontaria o “(...) a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses or disorders.” (op.cit., p. 209).

Parsons, em 1951, teria sido o primeiro teórico apontar a medicina como instituição de controle social, e J. Pitts, E. Freidson e I. K. Zola os primeiros examinadores da medicalização na sociedade americana, respectivamente em 1968, 1970 e 1972. A definição de Zola, em 1983, coloca a medicalização como um “process whereby more and more of the everyday life has come under medical dominion, influence and supervision.” (apud Conrad, 1992, p. 210) e Conrad, em estudo de 1975, vê o processo como “defining behavior as a medical problem or illness and mandating or licensing the medical profession to provide some type of treatment for it.”(apud Conrad, 1992, p. 210).

Mesmo sendo preponderantemente definida no domínio profissional médico, a medicalização pode, como no alcoolismo, envolver a profissão apenas marginalmente.

Para entender melhor o conceito, Conrad (1992, p. 211) lança mão de três níveis distintos do fenômeno: conceitual, institucional e interacional. Estão relacionados ao nível conceitual o fato de o vocabulário e os modelos médicos serem utilizados para ordenar ou definir os problemas, mesmo com o envolvimento de poucos médicos, e os tratamentos médicos não serem necessariamente aplicados. No nível institucional, são formadas organizações que podem adotar uma aproximação médica para tratar um problema particular, no qual a organização é especializada, e médicos funcionam como guardiões de benefícios que somente são legitimados em organizações que adotam definições e aproximações médicas para um problema, mas a rotina de trabalho diária é realizada, essencialmente, por pessoal não-médico. No nível interacional, médicos estão mais diretamente envolvidos e a medicalização se manifesta na interação médico-paciente, quando o profissional coloca algum problema como médico ou trata um problema social com uma forma de tratamento médico.

A medicalização tem influenciado tanto comportamentos desviantes, quanto processos naturais da vida, como o caso do nascimento ou parto, e tem sido estudada também em relação a outros processo sociais, como o processo da secularização, que se manifesta no campo religioso. Malcom Bull (1990), estudando a história do culto Adventista do Sétimo Dia, evidencia a preocupação com a saúde deste tipo de movimento religioso e propõem dois modelos coexistentes de secularização: o primeiro caracterizado pela transferência de apelos sobrenaturais de igrejas estabelecidas para novos movimentos religiosos e o segundo pela transferência de autoridade moral de instituições com orientação religiosa para instituições de orientação médica.

Os estudos revisados por Conrad (op.cit.) apontam também para a relação entre a medicalização e o controle social. A fonte do controle social neste contexto viria da autoridade médica em definir comportamentos, influenciando pessoas e coisas, residindo tanto na pessoa do próprio médico, quanto na tecnologia médica. A medicalização, nestes termos, é definida enquanto controle social médico. Conrad (1979) (apud Conrad 1992), em seu estudo sobre a medicalização de comportamentos desviantes aponta três tipos de controle social médico, a saber, a ideologia médica, a

colaboração e a tecnologia. É citado ainda a “vigilância médica” (*medical surveillance*), conceito utilizado por Foucault. Para Bull (op. cit.), analisando-se o fenômeno da medicalização à luz do fenômeno de secularização, é possível propor que a medicina funcione como um meio não-racional de controle social.

Apesar de ainda ser pouco entendido como o processo da medicalização se dá entre a relação médico-paciente, algumas sugestões são apontadas. Da parte dos médicos pode haver uma disposição de interesses organizados ou estes podem atuar como “*claims-makers*”²² na sua área. No entanto, os pacientes também podem ser parte bastante ativa neste processo. Conrad ressalta que neste debate é importante considerar a medicalização enquanto processo interativo.

Existem diferentes graus de medicalização. A medicalização pode não ser completa, algumas instâncias do fenômeno podem não ser medicalizadas, podem existir definições competitivas e ainda reminiscências de definições anteriores (como concepções tidas por tradicionais). Não se sabe ao certo o que afeta os diferentes graus, mas fatores como o suporte médico para intervenções e tratamentos e a presença de grupos desafiando as definições médicas podem ser tidos como fatores significantes.

Quanto às taxas empiricamente verificáveis de medicalização, Conrad (op.cit.) coloca que duas categorias se destacam no tocante a este processo: gênero e idade. O sexo feminino é mais vulnerável a medicalização, bem como as pessoas mais idosas. Desta forma, quanto são tomadas as duas categorias em conjunto (gênero e idade), é verificado que as mulheres idosas compõem o estrato socialmente mais exposto ao processo de medicalização.

As consequências sociais da medicalização apresentam um quadro ambíguo. Enquanto o intervencionismo médico pode representar um poder ou controle social médico, e suscitar dúvida quanto a real necessidade de diversos procedimentos, também lembra, como afirma Conrad (op. cit.) da eficácia médica e, podemos acrescentar, da extensão social dos serviços médicos. Conrad e Schneider (apud Conrad 1992) apresentam dois lados da medicalização: o “*brighther side*”, lado bom, e o “*darker side*”, maléfico. Do lado maléfico, restariam consequências como a suposição de uma moral médica neutra, a dominação por meio dos “experts”, a

²² Não foi encontrada uma adequada tradução para o termo. “Claims-makers” podem ser tidos como uma espécie de representantes da categoria e a atividade designada como “claims-making” como uma espécie de atividade reivindicatória.

individualização de problemas sociais, a despolitização do comportamento, o deslocamento de responsabilidades e o uso empoderado de tecnologias médicas. Segundo Butter (1993, p. 12): “Effects of medical technology can be positive, negative or a combination of both. To a certain extent it depends on the chosen level of analysis – whether individual, institucional, health system specific, or larger societal effects are considered”.

Apresentado ainda como um processo bidirecional ou “de ida-e-volta”, a medicalização tem implicado, em alguns casos específicos, como no caso do parto e nascimento, em uma desmedicalização (*demedicalization*). Desmedicalizar implicaria em um esforço por parte de variados atores sociais em retirar do domínio médico decisões e o poder de definir o comportamento do sujeito paciente. Isto não quer dizer que os profissionais da área da saúde, em particular os médicos, deixariam de estar envolvidos, apesar desta ser uma das características apontadas como desmedicalização. Conrad (op.cit.), afirma que freqüentemente, dado a estatura e poder da medicina, a desmedicalização somente ocorre após a ação de movimentos organizados. Além disso, fatores de ordem bastante distinta podem afetar este processo, como fatores políticos, tecnológicos e a forma de pagamento dos sistemas de seguro.

Para Fox (op.cit.) a desmedicalização implica em uma visão crítica da sociedade como um todo. Desta forma, o que inicialmente seria proposto como um relativismo das categorias da diagnose médica (tais como: doente, anormal ou insano), devido aos seus vieses culturais, temporais, ou de classe, acabaria incluindo também os problemas do sistema de cuidados da saúde e os problemas e injustiças sociais como um todo. Para a autora o ímpeto que mais fortemente influencia um movimento no sentido da desmedicalização é originado em uma mudança de ponto-de-vista acerca da saúde e da medicina. Segundo a nova visão corrente, a saúde não depende principalmente do alcance social do atendimento médico, mas de uma “boa vida” (*good life*) e uma “boa sociedade” (*good society*), de onde depreende-se: uma sociedade mais justa.

A medicalização é, portanto um processo social característico da modernidade, seja entendida enquanto pós-modernidade, seja enquanto modernidade tardia e ocorreu conjuntamente a institucionalização da medicina, a profissionalização de seus agentes, a articulação do bio-poder pelos estados nacionais de forma organizada, tecnocrática e centrada na hospitalização. Nenhum desses processos, entretanto, pode

ser entendido isoladamente e tampouco podem ser ordenados temporalmente. E, por fim, todos esses são essenciais para a construção de uma compreensão do fenômeno do parto e do nascimento nas sociedades contemporâneas.

1.3 – O fenômeno do parto e nascimento na perspectiva da medicalização.

Parir e nascer são duas formas de se referir a um mesmo fenômeno, mas a partir de dois pontos de vista diferenciados. De um lado, o ser que materializa o nascimento de um outro a partir de si, que manifesta o “dar à luz”, o parir, que parteja. Do outro, o ser que nasce. Em se tratando da nossa humanidade, de um lado, a fêmea mãe, o bebê, de outro. Entretanto, uma visão sobre esta vinculação orgânica e biológica, não exclui outra, sempre e determinantemente presente que são as vinculações sociais, culturais, morais e afetivas. Vinculações essas que, sendo ausentes, não atribuem significados à vinculação biológica, sendo aquela então, nula.

Todo processo de dar à luz e do nascimento, ancorado fisiologicamente ao corpo feminino, implica em vínculos relacionais que são de outra natureza, vínculos não naturais. De uma imensa gama de possibilidades em que esses vínculos podem ser instaurados, surgem complexas teias de parentesco. E daí, conclui-se que, de uma relação que a primeira vista pode parecer apenas de dois, surgem inúmeros atores e personagens, sujeitos. Desses dois sujeitos inicialmente implicados no fenômeno parir-nascer, descortinam-se outros atores e personagens e outras relações sociais, sempre localizadas temporal e espacialmente, sempre circunscritas culturalmente.

Como nos lembra Bourdieu (1996, 2000), os fenômenos sociais tem a prerrogativa de deverem ser compreendidos a partir de sua localização no tempo e no espaço social, no qual as práticas que o cercam ganham sentido, mesmo que essa localização tenha que compartilhar de outra, no caso, a fisiológica, manifesta no corpo.

Assim, podemos entrar no terreno da diversidade humana, que, em se tratando do processo de parto e nascimento, é gigantesca. Temos, na maior parte dos países, uma representação hegemônica em que o parto ocorre em contexto hospitalar, sendo assistido por uma equipe médica, com uso da tecnologia médica e a partir do

entendimento que caracteriza a medicina. Portanto, a representação hegemônica é a do parto medicalizados.

O fenômeno do parto e nascimento é considerado e citado por vários autores como um dos aspectos naturais da vida inclusos no processo de medicalização (Conrad, op. cit., Vieira, 2002). A medicalização deste fenômeno é um exemplo clássico de vigilância médica, na perspectiva foucaultiana, que poderia ser também estendida aos períodos pré-natal e pós-natal (ibidem, p. 216). Considera-se que neste fenômeno, a medicalização pode ocorrer como demanda das próprias pacientes, consideradas como sujeitos ativos no processo (ibidem, p. 219) e que o grau de medicalização é bastante elevado (ibidem, p. 220). Isto vai de encontro com a idéia, colocada anteriormente, de que as mulheres constituem a categoria social mais envolvida no processo de medicalização.

São numerosas as intervenções técnicas médicas que podem ocorrer no parto e nascimento, mesmo as executadas por profissionais não médicos. A mais simples assistência, que pode se considerar sem aplicação de procedimentos técnicos, isto é, sem as chamadas intervenções obstétricas, provavelmente ocorrerá em um ambiente hospitalar, o que já indica uma determinada ambiência que afeta atitudes e comportamentos de todos os sujeitos envolvidos no processo²³.

De fato, a maior parte dos partos vaginais assistidos em ambiente hospitalares contarão com algumas intervenções e, além dessas, o parto em si pode ocorrer de forma cirúrgica, por meio da cesariana. Estas intervenções podem ser entendidas como aplicações da tecnologia médica. Segundo Behney (apud Tangri e Levitin, 1993, p. 2) o conceito de tecnologia médica inclui: “the drugs, devices, and medical and surgical procedures used in medical care, and the organizational and supportive systems within which such care is provided”.

²³ Nesse sentido, é importante frisar que não está se buscando aqui por um parto “puro”, sem intervenções e mudança de ambiência, uma vez que, ao trabalhar com uma pesquisa sócio-antropológica do fenômeno é necessário admitir que o “parto natural” não existe. Como afirmo alhures (Nonato, 2007, p. 27), o parto está inscrito “fundamentalmente como um fenômeno das culturas humanas” e, ainda, como contribui Carranza (1994, p. 5): “Não se conhece nenhuma sociedade onde a prática obstétrica não esteja mediada por concepções sobre o corpo, a saúde, a vida humana e a feminilidade, entre outros. Na medida em que todo tipo de parto encontra-se intimamente influenciado pela cultura em que ocorre, torna-se evidente a inexistência de uma forma de parto natural. Entretanto, poder-se-ia falar em formas mais fisiológicas do que outras para trazer um bebê ao mundo.”

Considerando-se que o parto e nascimento inicia com as primeiras contrações sentidas pela parturiente, bem como com outros sinais de parto²⁴, e que costuma ser subdividido em três fases, que são as fases de contrações, expulsão e dequitação da placenta, teríamos, por exemplo, as seguintes intervenções possíveis:

Tabela 1 – Algumas intervenções possíveis no parto e nascimento

Fase 1 : Período de dilatação	Mudança de vestuário	Soroterapia (soro glicosado)
	Proscrição de alimentação	Indução de contrações por ocitocina
	Ausculda dos batimentos cardíacos do bebê	Rompimento da bolsa d'água (amniotomia)
	Exame de Toque Vaginal	Analgesia (peridural)
	Tricotomia	Uso de sedativos como diazepam e meperidina
	Lavagem intestinal	Inalação de oxigênio
	Cateterismo vesical	Uso de Monitor Fetal Eletrônico
	Uso de Faixas abdominais	
Fase 2: Período expulsivo	Antissepsia da região perineal	Uso do Fórceps
	Anestesias (locorregional e tiopental)	Cirurgia cesariana
	Episiotomia	Revisão do canal de parto
	Manobra de Kristeller	Episiorrafia
	Assistência ao desprendimento dos ombros	
Fase 3: Período de dequitação da placenta ou secundamento	Descolamento da placenta pelo obstetra	Episiorrafia
	Manobra de Baer	
	Artifício de Jacob-Dublin	
	Procedimento de Harvey	
	Antissepsia dos genitais externos	

Fonte: Criada por mim com base em REZENDE, J. de e MONTENEGRO, C. A. B. (1980) e CABRAL, A. C. V. et al (2002).

²⁴ São considerados como sinais de parto: presença de contrações uterinas, eliminação do tampão mucoso, rompimento da bolsa d'água, dor na região lombar, diarreia, sensação de frio, dentre outros. (Balaskas, 1993).

Além dos procedimentos propriamente obstétricos, como os citados na tabela, ainda existem outros, tipicamente hospitalares, que não são especificamente obstétricos, como a medição da pressão arterial ou a administração de soro glicosado.

Irene Butter (1993) relaciona como forças que impulsionariam o rápido desenvolvimento e adoção de tecnologias na área médica, quatro fatores: valores sociais “chave” (key societal values), políticas do governo federal, políticas de pagamento e incentivos econômicos objetivando o lucro (economic (for-profit) incentives).

Os valores sociais implicam no uso de tecnologia médica no sentido de um favoritismo, uma confiança, baseados em “A popular worship of science, faith in the usefulness and benevolence of technology, a general appeal of instruments and gadgets, and the prestige accorded those who develop or have the know-how (...)”(Butter, op.cit., p.13). Elementos que compõem a configuração de uma sociedade tecnocrática.

As políticas do governo federal (no caso analisado pela autora, a referência são os Estados Unidos) poderiam contribuir na difusão do uso de tecnologia médica por meio do incentivo à pesquisa na área da saúde, por exemplo na biomedicina, e do incentivo à formação especializada, em programas específicos de pós-graduação. Além disso, a difusão do sistema público de atenção à saúde, na visão da autora, contribui para a utilização das tecnologias em desenvolvimento nas populações desfavorecidas.

As políticas de pagamento também podem contribuir para o aumento do uso da tecnologia médica em virtude de um viés que favorece procedimentos tecnológicos, pagando mais por estes do que por procedimentos mais tradicionais, nas palavras da autora “traditional psychosocial healing methods” (p. 14)²⁵. No caso dos incentivos econômicos visando lucro, a demanda viria da parte de corporações ou empresas que investem em variados segmentos do atendimento à saúde, tal como os hospitais e as clínicas médicas particulares. É frequente observarmos nos consultórios médicos a distribuição de amostras grátis de medicamentos, ou mesmo o financiamento de congressos médicos por laboratórios farmacêuticos. Segundo a

²⁵ No caso dos Estados Unidos, a política de pagamento à qual o texto se refere é chamada de “third-party reimbursement system” e a autora afirma que este sistema de pagamento coloca um atendimento preferencial aos procedimentos tecnológicos, mesmo quando seu valor terapêutico não é comprovado.

autora “At times, the risks of the technology were understated while the benefits were exaggerated.” (p.15).

Todas as forças citadas acima, que impulsionam a difusão e uso da tecnologia médica conduzem, também ao efeito do uso inapropriado. O uso inapropriado, enquanto um efeito, e ao mesmo tempo uma evidência, da medicalização, pode ser conceituado como:

“(...) an umbrella term which can be used to define the possible misapplication of technology in a variety of circumstances to include: use of technology in ignorance or for a marginal benefit for the patient, use of technology in absence of evidence of its value or in spite of the fact that conclusive studies have not been done.” (Perry apud Butter op. cit., p. 15)

O uso inapropriado é atribuído, principalmente, ao imperativo tecnológico – entendido como um elemento presente na formação médica²⁶, bem como na demanda dos pacientes, na preferência dos provedores dos sistemas de saúde (públicos e privados) e na competição existente entre os hospitais baseada na tecnologia – e ao fato de a avaliação dos efeitos da tecnologia somente ocorrer após o seu uso, por vezes não imediata.

Irene Butter comenta ainda quatro tipos de conseqüências da difusão da tecnologia médica, sendo eles: a inflação dos custos da saúde, implicações no acesso e equidade da distribuição social, o deslocamento de recursos humanos tradicionais e o impacto nas relações médico-paciente (patient-provider relationships). Na área obstétrica, tendo estes efeitos em conta, teríamos o deslocamento do parto e nascimento da casa para o hospital, com a conseqüente transferência do papel de cuidado da parturiente da família ou das conhecidas “parteiras” para o médico obstetra e a equipe hospitalar²⁷ e uma despersonalização e conseqüente padronização do atendimento à parturiente, em virtude de um status diferencial, implicando em relações de poder assimétricas. No Brasil, já é atestado que em algumas localidades,

²⁶ Durante o transcorrer de um seminário intitulado “Parto: entre ritos, cultura e ciência; perspectivas e reflexões sobre o atendimento obstétrico” ocorrido no Hospital Santa Lúcia, em Brasília, no dia 30 de julho de 2002, deu-se o depoimento de um médico obstetra, Alberto Zaconeta, professor da Universidade de Brasília, afirmando que no treinamento dos alunos de medicina na área obstétrica, há um reconhecimento maior da importância de realizar-se um parto cesáreo, em detrimento do acompanhamento de um parto normal (vaginal), atribuindo tal fato ao status conferido aqueles médicos que manipulam instrumentos cirúrgicos, ou seja, utilizam tecnologia médica.

²⁷ A equipe hospitalar que atende às parturientes normalmente incluem: uma ou mais enfermeiras e pediatra e, no caso do parto cirúrgico, anestesista.

como no caso da cidade de São José do Rio Preto e outras cidades do interior do estado de São Paulo, a previdência social arca com os custos altíssimos de partos cirúrgicos sem indicação admissível²⁸ (Moraes e Goldenberg, 2001).

A utilização apriorística da tecnologia médica na assistência a partos e nascimentos, consequência da adoção de um modelo de atenção medicalizado, paulatinamente constituído em nossa história, implica no uso desnecessário e inapropriado de uma série de intervenções obstétricas. Nesse sentido, apesar de um modelo hegemônico medicalizado, no cenário da assistência a partos e nascimentos se colocam também movimentos em sentido contrário, como apontam Peter Conrad (op.cit.) e Renee Fox (1977), iniciativas de desmedicalização.

Tais iniciativas também vêm ganhando o suporte de organismos internacionais, é o caso da Organização Mundial da Saúde – OMS que, desde 1985, publica documentos preconizando baixas proporções de cesarianas (considera níveis adequados entre 5% e 15%) e de outros procedimentos²⁹. As recomendações desses documentos são reconhecidas como baseadas em evidências científicas, pois oriundas, em sua maior parte, de estudos sistemáticos, randomizados e revisões publicadas, principalmente pela Fundação Cochrane que, internacionalmente, é conhecida por promover o movimento intitulado “Medicina Baseada em Evidências”.

No interior dos movimentos de desmedicalização, com o suporte das evidências aceitas e promovidas por organizações, se faz presente a contestação sobre a necessidade das intervenções, como as que foram citadas na tabela anterior, bem como um discurso sobre a ausência de efeitos benéficos e os efeitos colaterais de vários procedimentos de rotina. Na tabela abaixo, alguns procedimentos obstétricos são levados em consideração no sentido de suas justificativas mais frequentes e seus contra-argumentos, presentes na literatura da área.

²⁸ Na cidade de São José do Rio Preto o índice de cesáreas alcançou 75,3% em 1992. Em Catanduva, também no interior de São Paulo o índice, para o mesmo ano, foi de 78,1%. O padrão recomendado pela OMS (Organização Mundial da Saúde) é 10% a 15% (WHO apud Moraes e Goldenberg, 2001, p. 510).

²⁹ A exemplo das seguintes publicações: OMS (World Health Organization). Care in Normal Birth: a Practical Guide. Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. Genebra: World Health Organization, 1996; OMS (Organização Mundial da Saúde), Documento sobre a tecnologia apropriada ao nascimento. Fortaleza, 1985.

**Tabela 2 – Justificativas e contra-argumentos de alguns procedimentos
obstétricos durante o trabalho de parto**

Procedimento	Justificativa	Contra-argumento
Exame de Toque Vaginal	Averiguar posição fetal, avaliação do colo do útero, ditação.	Maximiza o incômodo e a ansiedade maternas.
Indução de contrações por oxitócido	Acelerar o trabalho de parto, aumentando a frequência e a intensidade das contrações.	Prejudica a preservação da vitabilidade fetal.
Rompimento da bolsa d'água (amniotomia)	Encurta a duração do trabalho de parto	Prejudica a preservação da vitabilidade fetal, ao contrário da rotura espontânea.
Analgesia	Controlar dor das contrações	Produz hipotensão materna, período expulsivo prolongado, maior emprego de manobras extrativas e fórceps, depressão no neonato.
Episiotomia	Aumentar abertura vaginal, prevenir roturas perineais	Traz maiores complicações na cicatrização, além de consequências psicológicas desagradáveis.
Sedativos	Reduzir ansiedade materna	Depressão no neonato.
Manobra de Kristeller	Expansão do fundo do útero	Prejudica a preservação da vitabilidade fetal, pois desarranja a contratilidade uterina e causa hipertonia.
Cesariana	Procedimento emergencial diante de intercorrências na assistência ao parto vaginal ou planejado diante de indicações recomendadas (como, por exemplo: parto pélvico, mãe vivendo com HIV)	Se realizada sem indicação precisa expõem mãe e bebê à maiores probabilidades de mortalidade e morbidade. Como cirurgia de grande porte, necessita de atenção posterior especial, com uso de drogas. Para a mulher, interfere nas gestações posteriores, e no puerpério imediato, com restrição de mobilidade, por exemplo.

Fonte: Criada por mim com base em Cabral et al (2002), Rezende e Montenegro (1980) e Balaskas (1993).

A maior parte dos procedimentos citados na Tabela 2 são bastante frequentes no cotidiano dos partos hospitalares, podendo ser considerados como rotinas. Irene Butter (1993) nos fornece três ilustrações da adoção prematura e rotinização da tecnologia médica na área obstétrica: o caso do Ultrassom Obstétrico, realizado como parte do cuidado gestacional, o caso do Monitor Eletrônico Fetal (MEF), muito frequentemente utilizado nos Estados Unidos e pouco utilizado no Brasil, e o caso da Cirurgia Cesariana.

O ultrassom, criado na década de 1950, é um exame que tem por fim diagnosticar o estado do feto por meio da emissão de ondas sonoras, utilizando um tipo radiação não-iônica, ou seja, não nociva, durante a gravidez. O MEF, criado na década de 1960, é um aparelho com eletrodos que pode ser conectado na barriga parturiente com a finalidade de medir os batimentos do bebê e ao mesmo tempo, as contrações da mãe, continuamente, durante o trabalho de parto. Ambos foram difundidos, e tiveram sua maior expansão, na década de 1970.

Tanto o ultrassom, quanto o MEF tiveram importantes contribuições para a obstetrícia e a saúde da parturiente e do neonato, principalmente pelo fato de diagnosticar situações de risco que, desta forma, podem a ser prontamente assistidas. No entanto, ambas tecnologias também são apontadas enquanto exemplares da adoção tecnológica prematura, em virtude de terem sido amplamente difundidas sem que sua segurança e efetividade tivessem sido comprovadas. No caso do MEF, a sua difusão se deu apoiada sobre uma ideia errônea, promovida por seus fabricantes e aceita pelos obstetras, de que todo parto seria de risco, necessitando de monitoramento e vigilância. Já o ultrassom, foi difundido sob a ideia de que favoreceria a formação da ligação mãe-bebê.

Segundo Irene Butter, o MEF começou a ser criticado já em 1976, em virtude das falhas em comprovar suas vantagens com relação ao método tradicional de ausculta dos batimentos do bebê (nesses casos, intermitente), que, ao contrário do MEF, não possui nenhum efeito colateral. O MEF apresenta riscos tanto para a parturiente, quanto para o bebê. O principal deles está associado ao fato de o MEF acarretar no chamado “efeito de cascata”³⁰, fazendo surgir a necessidade de uma série

³⁰ Este efeito também pode ser chamado por outros autores (Davis-Floyd, por exemplo) como “One-Two-Punch” e é considerado como uma característica da obstetrícia, pela sua natureza cumulativa (Butter, op.cit.).

de outras intervenções. Além disso influi negativamente na evolução do trabalho de parto, já que limita totalmente a autonomia e mobilidade da parturiente, que deve ficar deitada e imobilizada, com a grande faixa abdominal com eletrodos ao redor do ventre.

O ultrassom, em 1984, recebeu a indicação de limitação do seu uso para os casos de indicações médicas, pelo Nacional Institute of Child Health and Human Development dos Estados Unidos. A principal preocupação envolvendo seu uso é com a segurança, no entanto, os seus efeitos adversos não são claramente demonstrados e o tipo de ultrassom utilizado atualmente substituiu outras tecnologias de claros efeitos colaterais (Butter, op.cit.).

A cesariana, diferentemente do ultrassom e do MEF é um tratamento cirúrgico, mas a utilização de tecnologias de diagnóstico, como o ultrassom e o MEF, tem sido apontadas como fatores de crescimento nas suas taxas. Nos Estados Unidos a cesariana alcançava taxas nacionais de 4,5% dos partos em 1965, já em 1980 alcançou 16,5% e em 1988, 24,7%, sendo atualmente a cirurgia mais frequente nos hospitais americanos, apesar de, comparada ao parto vaginal, representar mortalidade materna de duas a quatro vezes superior e risco de infecção de dez vezes superior (Butter, op.cit.).

Neste contexto, Butter cita como motivos para o crescimento das cesarianas fatores como o uso da tecnologia, rotineira e inapropriada, no trabalho de parto, abandono do fórceps, crença em resultados superiores, incentivos financeiros e cesáreas repetidas, entre outros. Importante mencionar o dito, reproduzido por Butter, que ganhou força de lei entre os obstetras na década de 1970: “Once a cesarean, always a cesarean”(op.cit., pág. 28). Justamente ligado a difusão de ideias como esta, está a força do treinamento médico, que ocorre nos períodos de internato e residência.

Além da conhecida recomendação da Organização Mundial de Saúde – OMS – que em 1985 estabelece como margem segura e apropriada de cesarianas de 10% a 15% do total de partos (Moraes, M. S. e Goldenberg, P., 2001) –, em 1989 o Public Citizen Health Research Group conclui, após averiguar a enorme variação das taxas de cesárea nas diferentes formas de atendimento ao parto, que metade das cesarianas são desnecessárias. O American College of Obstetricians and Gynecologists recomenda que a taxa de cesarianas varie entre 7% e 17% dos partos. Nos Estados Unidos, o alto índice de cesáreas tem sido combatido com a difusão do parto vaginal para mulheres com cesárea anterior.

As polêmicas em torno da real necessidade dos procedimentos obstétricos, seu uso rotineiro, abusivo e inapropriado estão inseridas num amplo contexto no qual encontram-se articuladas relações entre saberes e poderes. As relações de gênero são marcadamente importantes para pensar historicamente os processos de medicalização do feminino e se manifestam sobre variados aspectos da vivência feminina, para além daqueles propriamente obstétricos. É o caso, por exemplo, das tecnologias reprodutivas, estudadas por Silvia Tubert (1996). A autora parte da história da relação de poder entre a mulher e a medicina, na busca de uma compreensão do discurso médico sobre a mulher e esta relação na atualidade, com a utilização das novas tecnologias reprodutivas.

A mulher foi historicamente considerada como indivíduo em constante estado patológico, incluindo-se aí a menstruação, a gravidez, o parto e puerpério. Após a fase que até o século XVIII predominou, de desprezo e nojo pelo corpo feminino, e ultrapassados os dogmas religiosos, iniciou-se então a fase da exploração do corpo feminino pelos médicos. A autora salienta a relação entre o saber médico e o poder, em suas palavras “(...) tanto mais eles (os médicos) *sabem e controlam*, tanto mais a mulher se reduz a ser *paciente*”(op.cit., pág.61, grifos da autora).

Uma abordagem que parte das relações de gênero, característica das pesquisas feministas, tem ocupado papel de destaque na sociologia da saúde e medicina. Em geral, segundo White (1991) tais pesquisas argumentam que:

“(...) the institution of medicine operates to maintain the subordinate position of women in a patriarchal society. It thus serves an ideological role and acts as an agency of social control(...). Medicine is a male dominated institution of social control(...). Feminists have pointed to the low proportion of women in the medical profession, their under-representation in the specialities, and the fact that though the number of woman health workers is far greater than man, they are overwhelmingly concentrated in the low status positions (...)” (op.cit., p. 50).

Neste contexto, de acordo com os níveis de medicalização apontados anteriormente por Conrad (1992), o atendimento médico envolvendo a saúde feminina implicaria em uma medicalização de nível conceitual, pois uma linguagem médica definiria o corpo feminino, institucional, pois os médicos estariam controlando as intervenções na saúde feminina, e interacional, pois a opinião médica seria predominante na relação médico-paciente.

Levando em conta os processos de diferenciação entre os gêneros, a medicalização desempenharia três papéis: o de impor limites no comportamento apropriado do gênero, o de estabelecer uma relação de dominação, por parte do gênero masculino e negociação, por parte do gênero feminino e o de ser, nas palavras de White “an arena for the maintenance or change of consciousness” (op.cit., p. 55). Neste contexto, mais uma vez, o binômio saber/poder é levado em consideração, pois o exercício da medicina, enquanto aplicação de um saber, implicaria ao mesmo tempo em uma relação de poder.

Para alguns autores, no entanto, os estudos feministas relacionados à medicalização, não levam, adequadamente, em consideração o papel da paciente, da mulher, neste processo, exacerbando o papel dos médicos. Silverman (apud White, p. 54) considera que o poder pode ser conceituado “(...) as productive rather than prohibitive.”, e que a mulher possui elementos discursivos suficientemente capazes de contra argumentar na relação médico-paciente. Desta forma, é aceito que há um *continuum* entre o controle total por parte dos médicos e ou instituições e uma esfera de negociação na qual a experiência pessoal é construída.

Outros autores, como é o caso da expoente antropóloga Robbie Davis-Floyd, buscam compreender a concepção medicalizada do parto, bem como as reações a essa, em termos de modelos médicos, ou seja, paradigmas médicos diferenciados. Apesar do conceito de modelo médico ser trabalhado, particularmente nos estudos sobre parto e nascimento, há cerca de quatro décadas (Teijlingen, 2005), Robbie Davis-Floyd é responsável por uma série de estudos que tem se tornado muito conhecidos e difundidos internacionalmente, tanto nos meios acadêmicos, quanto nos movimentos de desmedicalização do parto e nascimento. Na tabela abaixo, são explicitadas as características, seu princípio básico subjacente e o tipo de pensamento dos três modelos médicos trabalhados pela antropóloga.

Tabela 3 – Modelos médicos segundo Robbie Davis-Floyd, 2001

Modelos médicos	Características	Princípio básico	Tipo de pensamento
Tecnocrático	<ul style="list-style-type: none"> • Separação corpo e mente • Corpo como máquina • Paciente como objeto • Alienação entre médico e paciente • Diagnóstico e tratamento de fora para dentro • Organização hierárquica e atendimento padronizado • Autoridade e responsabilidade inerentes ao médico • Supervalorização da ciência e da tecnologia • Intervenção agressiva, com ênfase em resultados a curto prazo • Morte como derrota • Sistema direcionado ao lucro • Intolerância a outros sistemas 	Separação	Unimodal, cerebral esquerdo, linear
Humanista	<ul style="list-style-type: none"> • Conexão corpo-mente (como unidade) • Corpo como organismo • Paciente como sujeito relacional • Conexão e afetividade entre profissional e paciente • Diagnóstico e tratamento de dentro para fora e de fora para dentro • Equilíbrio entre necessidades da instituição e do indivíduo • Informação, tomada de decisões e responsabilidade compartilhadas entre médico e paciente • Ciência e tecnologia contrabalançada com humanismo • Foco na prevenção de doenças • Morte como resultado aceitável • Cuidado orientado pela compaixão, compassivo • Mentalidade aberta para outras modalidades 	Equilíbrio e conexão	Bimodal
Holístico	<ul style="list-style-type: none"> • Corpo, mente e espírito como unidade • Corpo como sistema energético ligado à outros sistemas • Cura “holística” (a pessoa por inteira na sua vida por inteiro) • Médico e paciente como unidade essencial • Diagnóstico e tratamento de dentro para fora • Estrutura organizacional em rede, individualização do cuidado • Autoridade e responsabilidade inerentes a cada indivíduo • Ciência e tecnologia a serviço do indivíduo • Foco para criação e manutenção da saúde e bem estar a longo prazo • Morte como etapa de um processo • Foco na cura • Admissão de várias modalidades de cura 	Conexão e integração	Multimodal, cerebral-direito, fluido

Fonte: DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. International Journal of Gynecology and Obstetrics, vol 75, supplement no 1, pp. S5-S23, november 2001; DAVIS-FLOYD, Robbie. Prefácio. In: JONES, Ricardo. Memórias do Homem de Vidro: Reminiscências de um Obstetra Humanista. Porto Alegre: 2ª edição, Idéias a Granel, 2008.

Robbie Davis-Floyd aponta o modelo tecnocrático como o modelo hegemônico de medicina na contemporaneidade, sendo que os modelos humanístico e holístico teriam surgido e erigidos em resposta às insatisfações causadas pelo primeiro.

O sociólogo Edwin van Teijlingen (2005) propõem uma análise crítica do conceito de modelo médico utilizado nos estudos sobre gestação e parto. Segundo o autor, esse conceito, identificado como parte do largo quadro conceitual de medicalização, adquiriu grande força tanto na academia quanto na “prática”, isto é, no campo profissional, e seu uso sem discriminar três níveis conceituais, que o autor descreve, tem sido uma fonte de confusão. Para Teijlingen pode-se falar em modelos médicos em três níveis distintos: prático, ideológico e analítico.

Primeiramente, o autor distingue duas escolas de pensamento que, a partir de duas formas diferenciadas de conceber o “risco” e a gestação enquanto fenômeno no ínterim saúde-doença, determinam duas formas diferentes de organizar o cuidado na gestação e no parto: o modelo médico e o modelo social ou “midwifery model”. Para Teijlingen, esses modelos estariam centrados nos seguintes elementos:

Tabela 4 – Modelo médico e modelo social do cuidado sobre a gestação e parto segundo Edwin van Teijlingen, 2005

Modelo médico	Modelo social ou “midwifery model”
<ul style="list-style-type: none"> • Centrado no médico • Objetivo • Masculino • Dualismo corpo-mente • Gestação só é normal em retrospecto • Seleção de risco não é possível • Abordagem estatística e biológica • Foco biomédico • Conhecimento médico é exclusionário • Intervenção • Público • Resultados: objetiva a vida, mãe e bebê saudáveis 	<ul style="list-style-type: none"> • Centrada na mulher • Subjetivo • Feminino • Holístico • Parto como processo fisiológico • Seleção de risco é possível • Abordagem individual e psico-social • Foco psico-social • Conhecimento não exclusionário • Observação • Privado • Resultados: objetiva a vida, mãe e bebê saudáveis, satisfação das necessidades individuais da mãe e do casal.

Fonte: TEIJLINGEN, Edwin van. A Critical Analysis of the Medical Model as used in the Study of Pregnancy and Childbirth. Sociological Research Online, Volume 10, Issue 2. Disponível em: www.socresonline.org.uk/10/2/teijlingen.html. Acesso em: julho de 2008

O que diferenciaria essas duas formas de pensar e organizar o cuidado seria, principalmente a percepção diferencial sobre o risco e a postura da mulher. Com isso, os três diferentes níveis conceituais do conceito de modelo médico se articulariam, em torno da abordagem das práticas (prática obstétrica X “midwifery practice”), da ideologia (ideologia biomédica X ideologia centrada na mulher) e a abordagem analítica (modelo médico X modelo social), como demonstra a tabela abaixo:

Tabela 5 – Níveis conceituais segundo ênfase médica ou social segundo Edwin van Teijlingen, 2005

Ênfase em:	Nível da abordagem		
	Análise da prática	Análise da ideologia	Análise Sociológica
Risco Redução do risco Mulher – doente e passiva Estatística	Prática obstétrica	Ideologia biomédica	Modelo médico
Normalidade Suporte social Mulher – saudável e ativa Individual	Midwifery practice	Ideologia centrada na mulher	Modelo Social

Fonte: TEIJLINGEN, Edwin van. A Critical Analysis of the Medical Model as used in the Study of Pregnancy and Childbirth. Sociological Research Online, Volume 10, Issue 2. Disponível em: www.socresonline.org.uk/10/2/teijlingen.html. Acesso em: julho de 2008

Sobre o nível prático/operacional, focado no cotidiano empírico de profissionais e usuários, a descrição das práticas de trabalho está centrada nas diferenças entre o trabalho obstétrico (de médicos) e a prática de midwives (parteiras). Entretanto, essa distinção é puramente analítica, sendo que no cotidiano do trabalho nas maternidades, o trabalho de ambas classes profissionais é colocada em negociação e entre a consideração da gravidez e parto como eventos patológicos (logo, tratada por procedimentos padronizados), de um lado, e como eventos normais (necessitando observação e suporte social), de outro, há um continuum dinâmico, negociado e que pode concorrer inclusive para o fortalecimento de ambas práticas, para a cooperação e para uma platô comum. Seriam, portanto, modelos exclusivistas mas frequentemente utilizados em comum.

No nível ideológico, as perspectivas médica e social são consideradas ideologias do processo reprodutivo presentes em um mesmo cenário. A ideologia biomédica, que condiz totalmente à concepção do parto e nascimento medicalizado,

percebe o processo a partir de um ponto de vista onde o risco é intrínseco, e a natureza da gestação é de um processo parecido ao do adoecimento. Já a abordagem ideológica centrada na mulher, percebe o processo de gestação e parto como biossocial e sexual, olhando cada indivíduo. Se fazem presentes nessa abordagem, algumas construções ideológicas importantes, como: a forte relação e ligação entre mães e bebês (vínculo), a ênfase na escolha da mulher, decisões tomadas em conjunto com os profissionais e caso-a-caso, a ênfase no natural em detrimento do normal.

Para Edwin van Teijlingen (2005) a ideologia centrada na mulher assume frequentemente um posicionamento político, que também é influenciado pela circulação desse discurso por outros agentes sociais, como membros de universidades e da sociedade civil. Segundo Macintyre (apud Teijlingen, 2005), essa ideologia, ajudou a construir, a partir dos anos 1970, o mito da era de ouro do cuidado materno (maternity care), no qual, mulheres dariam vida à bebês saudáveis e felizes com poucas intervenções além do suporte de uma parteira (midwife). Como coloca Teijlingen (2005, p. 12) “(...) obstetrical practice thus becomes a victim of its own success.”, pois, de um lado, os sucessos legitimam uma visão mais naturalista e, de outro, crescem os processos judiciais sobre os insucessos médicos.

Com relação ao nível analítico, Teijlingen coloca que o modelo médico se aproximaria de um “tipo ideal”, ligados aos aspectos ideológico, mas sem o julgamento de valor. Nessa perspectiva, o modelo médico se diferenciaria em suas manifestações do modelo social.

No primeiro, a mulher seria compreendida como passiva e, sendo quase um objeto, o cuidado seria orientado à produtos e ao feto, sendo a preocupação com a tecnologia e o olhar masculino, determinantes. Nas palavras do autor: “The medical model corresponds at an analytical level to the ideologically dominant view of medicine in general and of childbirth in particular in our society, in that within this framework one will tend to pay little attention to the potentially coercive features of medical technology in childbirth.” (Teijlingen, 2005, p. 14). No modelo social, gestação e partos são entendidos como processos fisiológicos normais e são valorizados os aspectos sociais, como a importância da mudança de papel social implicada no tornar-se mãe.

Para Teijlingen, esses dois paradigmas são conflitivos, mas não podem ser medidos, pois apresentam imagens distintas da realidade e ainda, duas abordagens

dinâmicas. Na leitura do sociólogo, o ideológico tem papel determinante sobre as práticas:

“Neither an obstetrical nor a midwifery-based approach to childbirth practice is static. Both contribute to a wider process wherein situations are being continually redefined in ideological terms. As this occurs, the ideological claims put forward play an important role in explaining the new situation. At the same time, ideological claims are made that the new way of practising is now the ‘correct’ way.” (Teijlingen, 2005, p. 15).

“Thus in everyday life institutional changes typically take place either in the working practice, or in the ideolog or both. Certainly, individual practitioners sometimes change their minds after experiencing the other working practice, or after re-examining the ‘evidence’.” (Teijlingen, 2005, p. 16).

Assim, o nível analítico tenderia a permanecer mais estático, sendo o paradigma biomédico dominante. Mas os aspectos ideológicos não devem se confundir aos analíticos, sob perigo de um uso acrítico.

A utilização do conceito de modelos médicos como ferramenta analítica para pensar a obstetrícia e os processos de medicalização na contemporaneidade não deve se descolar de uma leitura histórica, pois pode-se incorrer no engodo de engessar as práticas obstétricas, e cristalizá-las em um determinado conjunto de práticas características. Ao contrário, cabe lembrar que essas práticas são sempre dinâmicas.

Willian Ray Arney, sociólogo americano, em sua obra “Power and the Profession of Obstetrics”, de 1982, propõem uma distinção sobre a história da obstetrícia, colocando três períodos fundamentais, o pré-profissional, o profissional e o período de monitoramento, cada um com suas características. Este monitoramento do qual fala seria uma estrutura de controle, característica da obstetrícia e do atendimento ao parto e nascimento a partir da segunda grande guerra. Segundo Arney “Everyone – women, husbands or significant others, and obstetricians – got caught up in monitoring’s webs of power and so became more and more alienated from the event and experiences of childbirth.”(op.cit., p. 9).

Arney (1982) fornece um ponto de vista crítico sobre a questão do poder na constituição da obstetrícia. Partindo de um ponto de vista foucaultiano e pretendendo realizar uma arqueologia da obstetrícia, afirma que na história da profissão, tanto na perspectiva do avanço tecnológico, quanto na perspectiva revisionista, a finalidade da

criação e manutenção da mesma está acima de qualquer mudança desafiante. Esta crítica parece se dirigir especialmente às correntes revisionistas, pois para Arney, a relação hodierna entre as mulheres e a obstetrícia segue um discurso unívoco, conjugando as expectativas das parturientes com o papel desempenhado pelos médicos obstetras.

Segundo o autor, no período moderno, que considera ser a partir da Segunda Guerra Mundial, a característica principal da obstetrícia seria dada pelo conceito de monitoramento (monitoring), presente mesmo nas correntes revisionistas. Com isso, retomando os processos de medicalização e, como citado anteriormente, a existência de movimentos de desmedicalização, poderia-se dizer que, mesmo esses, estariam ainda inseridos nesse processo.

Para outros autores, entretanto, estaria havendo sim um espaço de construção de práticas desafiadoras. Segundo Conrad (op.cit.) “In the last 15 years (aproximadamente desde 1977, comentário meu), the childbirth, feminist, and consumer movements have challenged medicine’s monopoly of birthing.” (ibidem, p. 225). As perspectivas desafiantes do monopólio médico seriam aquelas consideradas movimentos de desmedicalização, que reivindicam, entre outras questões, o parto natural ou parto ativo, que pode ser entendido como uma perspectiva alternativa (Almeida, 1999), contra-hegemônica (Lima, 1997) ou, como tem sido freqüentemente concebido, uma proposta de humanização (Nonato, 2007; Carneiro, 2011).

1.4 – Parto e nascimento no Brasil hoje

Diante do panorama internacional de medicalização da gestação, do parto e pós-parto que, como colocado anteriormente está relacionado ao desenvolvimento da modernidade e várias características intrínsecas a essa, o Brasil figura como um país em que todos os processos comentados nas sessões anteriores incidem fortemente, e ainda somados a desigualdades sociais e regionais, entre outros fatores, o colocam como um país com péssimos indicadores perinatais.

Recente publicação anual do Ministério da Saúde – MS, o “Saúde Brasil” oferece um panorama aprofundado sobre os nascimentos no país entre 2000 e 2010 (Brasil, 2012).

O país segue a tendência internacional de institucionalização dos nascimentos, conhecida desde a divulgação da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS de 2006 (Brasil, 2008), que apontou 98% de partos hospitalizados. Além disso, segue a tendência de redução dos nascimentos, acusada pelas taxas de fecundidade. Essa redução, no período de 2000 a 2010 foi de 10,8%, o que segundo o Censo Demográfico 2010 resultou em uma taxa de fecundidade total reduzida de 2,38 filhos/mulher em 2000 para 1,90 filhos/mulher. As maiores quedas na fecundidade, se concentram nas regiões Sul e Sudeste.

A queda da taxa de fecundidade para abaixo do nível de reposição (2,1 filhos/mulher) é acompanhada do adiamento da gestação, que refere-se a redução do número de mães com menos de 20 anos e aumento do número de mães com 30 anos ou mais.

Sobre as consultas pré-natais, a publicação relata aumento da proporção de gestantes com sete ou mais consultas, número preconizado pelo MS, sendo que essa porcentagem passou de 46% em 2000 para 61,1% em 2010. No entanto, permanecem as diferenças regionais, sendo que as regiões Sul e Sudeste apresentam maiores proporções e Norte e Nordeste, proporções abaixo da média nacional. A proporção também aumenta com a escolaridade das mães e paradoxalmente diminuem nos grupos de “maior risco”, os grupos de idades extremas. Considerando o fator cor-raça, apenas para a população indígena o número de consultas reduziu, mas, mais uma vez, também nesse quesito as desigualdades se colocam, uma vez que a proporção diminui para as categorias preta, parda e amarela, em relação à categoria branca.

Esses resultados são interpretados a partir de uma visão voltada para a gestão macroeconômica do sistema de saúde. Se, por um lado, a queda da fecundidade exerce menos pressão sobre o sistema, por outro, o envelhecimento da população promove um balanceamento contrário. Essa visão não adentra os meandros do atendimento obstétrico. Qual será a qualidade dos nascimentos no Brasil, em termos de bons resultados perinatais e das experiências femininas? Essa seara começa a ser adentrada – com inovações importantes, porém com a limitação dos quesitos quantitativos, característico deste tipo de estudo – a partir da situação considerada alarmante em relação às cesarianas, o Brasil é considerado campeão mundial nesse quesito.

Apesar de campeão mundial, no país, embora algumas vezes na limiariedade, nunca o percentual de cesarianas havia sido maior que o de partos vaginais. Conforme o trecho abaixo:

A realização de parto cesáreo aumentou no País de 38,0% em 2000 para 52,3% em 2010. Este aumento ocorreu em todas as regiões, mantendo-se as diferenças regionais, com Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentando proporções próximas a 60% em 2010. As regiões Norte e Nordeste, apesar de apresentarem as mais baixas proporções, tiveram os maiores percentuais de aumento na década (52,0% e 73,2%, respectivamente). (Brasil, 2011, p. 22)

Esse aumento, considerado “inaceitável” também é evidenciado nos recortes de idade materna³¹ e escolaridade³², em todos os quesitos, e cor-raça, exceto no quesito “indígena”, atribuído “à sua cultura e ao menor acesso a serviços de saúde”. Entretanto, as desigualdades raciais também se apresentam, uma vez que é reconhecido que as casarianas são mais frequentes entre grupos sócio-econômicos mais privilegiados, mulheres brancas e nos hospitais não públicos.

O aumento dos percentuais de cesarianas é acompanhado de aumento de nascimentos pré-termos³³, isto é, bebês prematuros, e recém nascidos com peso abaixo de 2.500g (baixo peso), principalmente nas regiões Sul e Sudeste.

A publicação revela um dado muito interessante que pela primeira vez é evidenciado no país: a distribuição dos partos normais e cesáreas por hora de ocorrência. Foi averiguado que “a distribuição dos partos normais é regular e se distribui de forma quase constante ao longo do dia, ao passo que as cesarianas se concentram entre 8 e 22 horas.” (Brasil, 2011, p. 389).

Em relação à mortalidade e às morbidades associadas a cirurgia cesariana, as análises indicam que “Mulheres submetidas a cesáreas tiveram 3,5 vezes mais probabilidade de morrer (entre 1992–2010) e 5 vezes mais de ter infecção puerperal (entre 2000–2011) que as de parto normal.” (Brasil, 2011, p. 373). Como

³¹ Em mulheres com 30 anos ou mais, o percentual de cesarianas é acima de 60% (Brasil, 2011).

³² Entre mães de 12 ou mais anos de estudo, as cesarianas alcançam 76%. Houve grande aumento entre mães de menor escolaridade: “55% de aumento entre as mães com nenhuma escolaridade e 39% entre as com 1 a 3 anos de estudo” (Brasil, 2011, p. 23), atribuído ao “maior acesso dessas mulheres a serviços de saúde de maior complexidade” (Brasil, 2011, p. 25).

³³ Aumento de 7,8% nas cesarianas, para o período considerado.

contextualizado pela publicação, o uso indiscriminado, sem indicações precisas, implica em riscos adicionais para mães e bebês, além de aumento de custos para o sistema de saúde³⁴.

A publicação do MS não escapa a tentativa de explicar o crescimento da proporção de cesarianas, elencando uma série de fatores e circunstâncias para explicar o tal fenômeno, visto como multidimensional. Os processos de medicalização e hospitalização do parto, com forte incorporação de métodos diagnósticos e intervenções, são apontados como determinantes, principalmente a partir da década de 1960.

Uma série de outros fatores são resgatados de alguns estudos importantes no país: “fatores associados à mulher (medo da dor, busca da integridade vaginal e crenças de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que uma cesárea), organização da atenção obstétrica (conveniência e segurança do médico) e fatores institucionais e legais”, (como por exemplo: pagamento mais elevado para a cesárea pelo Inamps, esterilização cirúrgica durante cesariana), (Faundes e Cecatti apud Brasil, 2011); “técnicas cirúrgicas e anestésicas mais aprimoradas, redução do risco de complicações pós-operatórias, fatores demográficos e nutricionais, a percepção dos provedores de cuidado e de pacientes de que o procedimento é seguro, a prática profissional defensiva, mudanças nos sistemas de saúde e a cesárea a pedido da mulher” (Villar et al apud Brasil, 2011); “(...) experiência traumática das mulheres com o parto normal (...), intervenções agressivas e desnecessárias, além da violência relacional” (Diniz apud Brasil, 2011, p. 374).

Cada um desses fatores está associado a uma complexa teia que envolve atores (agentes de saúde, mulheres, famílias), contextos de socialização (de gênero, do corpo, da saúde), instituições (a medicina, os centros de saúde, os hospitais) e significados. Entretanto, não pode ser negado também que a cesariana se tornou um

³⁴ Uma série de consequências negativas de cesarianas mal indicadas e cesarianas eletivas é relatada na publicação: “(...)além de aumento da mortalidade, as cesarianas em excesso estão associadas com maior necessidade de tratamento pós-natal com antibióticos, mais transfusões de sangue, menor frequência e duração da amamentação, e as mulheres necessitam de maior tempo de permanência hospitalar após o parto; também podem comprometer a sobrevivência neonatal, devido ao aumento da ocorrência de baixo peso ao nascer e “prematuridade iatrogênica” (bebê nascido prematuramente como resultado de cesárea eletiva) e, portanto, exigem maior tempo de internação, uso de materiais cirúrgicos, unidade de terapia intensiva neonatal e mais pessoal capacitado, adicionando custos aos orçamentos da saúde^{7,16}. Também foram relatadas alterações à saúde em longo prazo, como diabetes, hipertensão, obesidade e alterações epigenéticas com impacto transgeracional¹⁷, com consequências para a vida pessoal e familiar, que irão onerar a sociedade e o sistema de saúde.” (Brasil, 2011, p. 375)

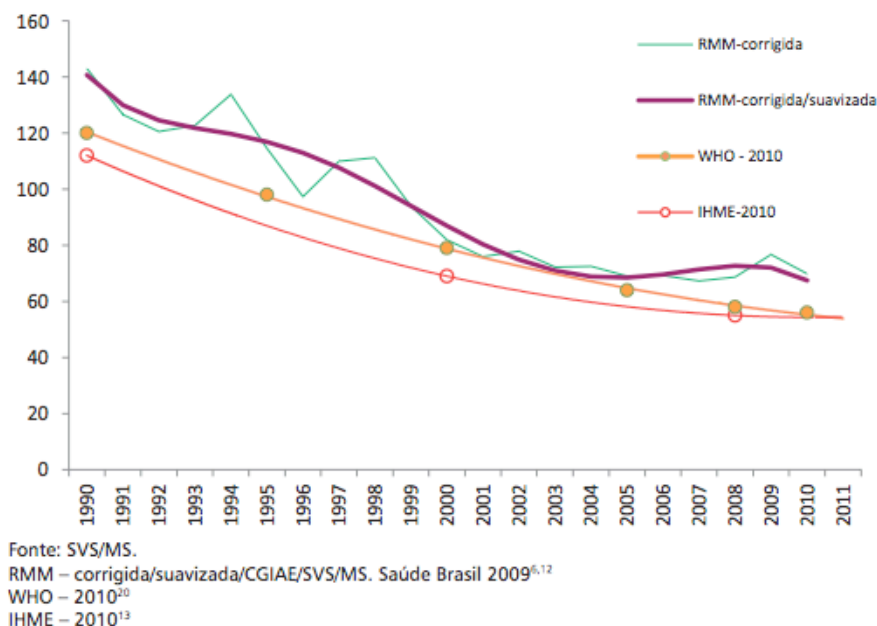
bem de consumo (Nonato, 2007), especialmente incorporado na cultura brasileira. Apesar de existir um grande volume de estudos epidemiológicos que analisam fatores associados ao fenômeno (Mello, 1971; Gentile et al., 1997; Pires et al., 1999; Monteiro et al, 2000; Yazlle et al., 2001; Moraes e Goldenberg, 2001; Barros et al, 1991 apud Gentile et al, 1997 e Faúndes e Cecatti, 1991 apud Gentile et al, 1997), ainda são necessários muitos estudos de caráter qualitativo, que realmente adentrem os meandos da nossa complexa cultura para compreender as altas porcentagens de cesarianas no país.

A mortalidade materna³⁵ é outro indicador da péssima qualidade da atenção obstétrica no Brasil. Primeiramente, trata-se de um indicador altamente subnotificado, com dificuldades de mensuração e variadas formas de cálculo por organismos nacionais e internacionais. Por isso, ao assumir uma determinada razão de mortalidade materna (RMM) é necessário sempre especificar a fonte, ficando a mesma, assim, contextualizada. A figura abaixo (Brasil, 2011) indica as oscilações da RMM segundo diferentes fontes:

³⁵ Conceitualmente, a “Morte materna é a morte de uma mulher ocorrida durante a gravidez, aborto, parto ou até 42 dias após o parto ou aborto, independente da duração ou da localização da gravidez, atribuídas a causas relacionadas ou agravadas pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela.” (Brasil, 2011, p. 347).

Figura 1 – Gráfico ilustrativo da oscilação da RMM, Brasil, de 1990 a 2010, segundo diferentes fontes³⁶

Gráfico 2 – Razão de Mortalidade Materna (RMM) estimada por diferentes fontes*– Brasil, 1990 a 2010



Fonte: Brasil, 2011: 350

Para uma idéia do posicionamento do Brasil em relação à outros contextos, podemos apresentar a RMM estimada (por 100.000 nascimentos), segundo publicação mais recente da OMS (WHO, 2012), em alguns países: Áustria – 4, Holanda – 6, Australia – 7, Canadá – 12. Nessa estimative, o Brasil conta com 56 mortes maternas a cada 100.000 nascimentos.

Desde a instituição pela ONU dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Brasil vem intensificando esforços para atingir o quinto objetivo – melhorar a saúde materna – com redução em três quartos da RMM, entre 1990 e 2015. O país não tem obtido a velocidade necessária para tal decréscimo. Segundo o “Saúde Brasil 2010” (Brasil, 2011, p. 349): “Entre 1990 e 2010, a RMM no Brasil reduziu de 141 para 68 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representa uma queda de 51%. No entanto a velocidade dessa queda diminuiu a partir de 2001.”

³⁶ A Figura 1 reapresenta o gráfico da publicação citada, por isso a duplicidade de títulos e fontes.

A investigação da RMM é completada pelos grupos de causas estudados, divididos entre causas diretas e indiretas³⁷. Para o ano de 2010, as causas diretas foram responsáveis por 66,7% das mortes maternas – sendo as mais importantes: hipertensão (19,7%), hemorragia (10,9%), infecção puerperal (6,5%) e aborto (4,6%)³⁸ – e as indiretas por 30,7% (as demais são causas não especificadas). O componente racial é extremamente importante, uma vez que há mais mortes maternas entre mulheres negras e uma tendência de aumento nessa categoria ao longo dos anos³⁹.

A dificuldade de reduzir o quantitativo de mortes maternas, de forma veloz, é relacionada à “políticas públicas que apresentam resultados aparentemente antagônicos enquanto não se consolidam” (Brasil, 2011, p. 356). Os dois indicadores apresentados e discutidos, o percentual de cesarianas e a RMM, são dois exemplos do que ocorre paradoxalmente no país. Segundo Simone Grilo Diniz (2009): “No caso do Brasil, padecemos tanto do adoecimento e morte por falta de tecnologia apropriada, quanto pelo uso de tecnologia inapropriada”, quadro que vem sendo chamado por alguns estudiosos de “paradoxo perinatal”, no qual a tecnologia é aplicada indiscriminadamente, causando efeitos iatrogênicos, frequentemente para a população que dela menos precisa.

Além disso, os dois indicadores apresentados pouco falam sobre o contexto maior da assistência obstétrica e a qualidade do atendimento, no momento do parto. Como apresentado na Tabela 1, existem uma série de intervenções possíveis durante o parto. No Brasil, ainda é extremamente difícil obter dados de grande monta, fidedignos, sobre outras intervenções obstétricas bastante comuns como a episiotomia e a indução por hormônios artificiais, por exemplo. Simone Diniz e Alessandra Cacham (2004) relacionam ainda a peregrinação por hospitais, frequente para as

³⁷ Segundo Brasil (2007) “Morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.” e “Morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.”

³⁸ A magnitude do aborto no Brasil é uma questão de difícil acesso que apenas recentemente tem obtido dados e pesquisas mais fidedignas. Apesar da relevância do tema, não coube trabalhar essa questão nesta pesquisa, uma vez que o aborto não é uma intercorrência referenciada para assistência em CP.

³⁹ Embora a questão racial não seja explorada nesta tese, considera-se fundamental que outros estudos venham a desenvolver análises sobre a assistência obstétrica, observando essa transversalidade que permeia o campo da saúde brasileiro.

mulheres atendidas pelo SUS e causadora de mortes maternas, a indução e aceleração do parto para esvaziamento de plantões e leitos, o uso rotineiro de forceps em primíparas com finalidade de aprendizagem em hospitais universitários e a ausência de orientações para conhecimento do corpo (como, por exemplo, exercícios para a musculature pélvica).

Segundo estudo latino americano (Althabe et al apud Diniz e Cacham, 2004), realizado no período entre 1995 e 1998, nove de dez primíparas que tiveram partos vaginais em hospitais tiveram uma episiotomia e, no Brasil, o percentual estimado foi de 94,2%. Esses resultados foram semelhantes para hospitais públicos e privados e médicos e enfermeiras obstetras.

A episiotomia acaba sendo bem aceita pelas próprias mulheres, uma vez que é vista como justificada pela suposta proteção que traria em relação à traumas vaginais, ao bebê (pelo nascimentos facilitado) e à vida sexual posterior. Existe uma confusão em relação aos efeitos iatrôgênicos da episiotomia e os efeitos do parto e, para algumas mulheres, inclusive, a cesariana pode parecer uma prevenção desses danos (Diniz e Cacham, 2004). A episiotomia de rotina, ao contrário de proteger, frequentemente implica em infecções e processos de cicatrização dolorosos, podendo causar sérios danos à musculatura pélvica, influenciando a saúde sexual e reprodutiva e, por consequência, trazendo dados psíquicos, físicos e relacionais para as mulheres. A exemplo da episiotomia, uma série de outras intervenções que podem ser danosas, não informadas e não consentidas, são exemplos da chamada violência obstétrica.

A própria apresentação majoritária da cesariana como via de parto pode ser relacionada à situação de violência, se não, considerada como uma violência, uma vez que pesquisas nacionais têm indicado como preferência das mulheres brasileiras, o parto vaginal, mesmo em serviços privados (Barbosa et al, 2003; Hotimsky et al, 2002; Nonato, 2007).

A violência contra as mulheres, presente no campo da atenção obstétrica também tem sido, recentemente, descortinada no Brasil, um primeiro passo sobre essa realidade frequentemente velada (Rattner, 2009; Diniz, 2009; Diniz e Cacham, 2004). Simone Diniz (2009), aponta a construção de um viés de gênero generalizado socialmente e também incorporado nas práticas em saúde e no estilo de prática clínica hegemônico. Nesse estilo, são fortalecidas as relações autoritárias que proporcionam formas de tratamento discriminatório, punitivo, desumano e degradante incluindo a desmoralização, abusos verbais, atentado da integridade corporal, um

modelo correcional de intervenção velado pela falta de registro dos procedimentos. Rattner (2009) também aponta a coisificação das mulheres, em detrimento da singularização do cuidado, situação que causa reações do movimento social frente a situações de violência, constrangimento e condições pouco humanas.

A violência obstétrica é assunto cada vez mais frequente na mídia e nas redes sociais. Recentemente, por exemplo, um vídeo documentário amador⁴⁰ sobre o assunto foi bastante reproduzido e os dados de uma pesquisa ganharam os noticiários nacionais. No escopo da pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, da Fundação Perseu Abramo, pela primeira vez foram publicados dados sobre a violência obstétrica nos hospitais públicos e privados do país. A pesquisa, que contou com entrevistas em 25 estados da federação e 176 municípios, encontrou resultados bastante preocupantes:

“Em resposta a diferentes formas de violência institucional, no entanto, uma em cada quatro (25%) relatou ter sofrido, na hora do parto, ao menos uma entre 10 modalidades de violência sugeridas – com destaque para exame de toque doloroso (10%), negativa para alívio da dor (10%), não explicação para procedimentos adotados (9%), gritos de profissionais ao ser atendida (9%), negativa de atendimento (8%) e xingamentos ou humilhações (7%).

Ainda cerca de uma em cada quatro (23%) ouviu de algum profissional algo como:

- “não chora que ano eu vem você está aqui de novo” (15%);
- “na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe” (14%);
- “se gritar eu paro e não vou te atender” (6%);
- “se ficar gritando vai fazer mal pro neném, ele vai nascer surdo” (5%).” (Fundação Perseu Abramo, 2010)

Diante desse desanimador quadro da assistência obstétrica no Brasil, muitas pessoas e instituições tem provoca mobilizações e movimentos por mudanças e resultados mais positivos. Da parte da sociedade civil, movimento de mulheres e

⁴⁰ O documentário intitulado “Violencia obstétrica – A voz das brasileiras” foi publicado no site Youtube em 24/11/2012, como os seguintes dizeres: “Videodocumentário popular produzido por Bianca Zorzam, Ligia Moreiras Sena, Ana Carolina Franzon, Kalu Brum, Armando Rapchan. Produzido a partir de depoimentos reais de mulheres, gravados em suas próprias casas com webcam, celular e máquina fotográfica. Saiba mais sobre a proposta desta produção nos blogs Parto no Brasil e Cientista que Virou Mãe. Junte-se a esta rede, preenchendo o formulário no link <http://migre.me/c1dQy> Obrigada!”. O link para o vídeo é http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=eg0uvonF25M.

movimentos de saúde tem enfatizado, principalmente, a chamada humanização de partos e nascimentos. Da parte dos esforços governamentais, um dos grandes programas de governo na área da saúde é a “Rede Cegonha”⁴¹. Como descrito no relatório “Saúde Brasil 2010” (p. 390):

“(...) a Rede Cegonha, que é uma convergência de todas as políticas anteriores. Objetiva organizar a gestão do sistema para a consolidação de redes de atenção materna e infantil nas regiões de saúde, por meio da elaboração de planos de ação e qualificação dos pontos de atenção, lançando mão do instrumento de contratualização com repasse de incentivos por cumprimento de metas. Propõe também a mudança do modelo de atenção obstétrica, com a desospitalização do parto e nascimento de risco habitual, que passaria a ser atendido em centros de parto normal peri ou intra-hospitalares, com a enfermeira obstetra e/ou obstetriz na centralidade do cuidado, adaptando para nosso País os modelos bem-sucedidos de atenção europeus e japoneses, que conseguiram manter suas taxas de cesárea em patamares aceitáveis.”

Esta tese se concentrará em analisar o caso de uma das iniciativas governamentais em favor da qualificação da atenção obstétrica e da humanização de parto e nascimentos, o caso dos Centros de Parto Normal – CPNs, conhecidos como Casas de Parto – CP, com um viés próprio, que será visto mais à frente.

⁴¹ Não é objetivo desta tese desenvolver uma análise mais aprofundada no viés analítico de políticas públicas e se debruçar mais sobre a política específica da Rede Cegonha. Entretanto, cabe a ressalva de que permanece como um campo fértil para análises. Apesar de, desde o seu surgimento, essa política ter sido criticada, principalmente a partir de abordagens feministas, chama atenção que as participantes dessa pesquisa, em primeiro lugar, vinham acompanhando seus desdobramentos políticos e programáticos e tinham uma perspectiva positiva da mesma.

Capítulo 2 – O caminho trilhado na pesquisa

“Obviamente, grande parte destes dados tem valor duvidoso, e minhas interpretações – especialmente de alguns deles – podem certamente ser questionáveis, mas eu suponho que uma abordagem especulativa frouxa de uma área fundamental da conduta é melhor do que uma cegueira rigorosa em relação a ela.”

Erving Goffman⁴²

2.1 – A construção do objeto da pesquisa

Da abrangência “da vida social e humana, grupos e sociedades” (Giddens, 2004: 2), a sociologia constitui uma reflexão sobre o mundo contemporâneo, como se estrutura e funciona, nas perspectivas micro (indivíduo) e macro (sociedade) da realidade, considerando de encontros casuais até processos sociais globais, de fenômenos concretos aos abstratos. Dessa complexidade da vida social deriva a complexidade dos olhares sobre a sociedade e as teorias sociais. Para compreender os fenômenos da contemporaneidade, é cada vez mais evidente a necessidade de possibilitar o encontro de diferentes campos teóricos, abordagens, inserções temáticas e metodológicas. Na construção de uma abordagem sociológica, é necessário um olhar “reflexivo”, o que significa dizer que se deve exercitar a autocrítica e lançar um olhar relacional sobre a sociedade. Qualquer objeto sociológico não é dado, mas é, necessariamente, construído em relação aos demais objetos que podem compor determinada realidade, outros indivíduos, grupos, instituições ou campos. Os

⁴² GOFFMAN, Erving. *Comportamento em lugares públicos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010, p. 14.

cientistas sociais devem fugir ao substancialismo e complexificar seu pensamento a partir das relações (Bourdieu, 2000).

A temática dessa pesquisa insere-se em diferentes campos empíricos inter-relacionados. De uma perspectiva mais ampla, está o grande campo da saúde, como fenômeno que atravessa a vivência de cada indivíduo e, ao mesmo tempo, pode ser pensada a partir das diferentes culturas coletivas. O fenômeno “saúde”, seja entendido a partir da experiência da doença e do sofrimento, seja a partir de uma análise funcional (como no estudo clássico de Parsons⁴³) é frequentemente analisado em relação a um estado de bem estar ideal. Bem estar que pode ser considerado a partir da unidade fisiológica do indivíduo e a partir de sua inserção na cultura e na sociedade, sendo que ambas abordagens, na compreensão das ciências sociais, sempre envolverão o universo simbólico da experiência humana.

Interagindo nesse grande campo, e lembrando das especificidades de cada cultura local e cada sociedade, estarão outros campos, como o dos especialistas, dos profissionais, dos saberes, o campo político, o campo legal etc. Por isso, o problema construído sobre as Casas de Parto possui inúmeras possibilidades de abordagens teóricas. Para abrir a discussão deste trabalho, escolheu-se: primeiro, ressaltar o relativamente pequeno e recente interesse das ciências sociais brasileiras na saúde; segundo, apresentar o surgimento da medicina como um fenômeno da modernidade resultando num amplo e complexo processo social de medicalização; terceiro, observar as consequências disso para o fenômeno do parto e nascimento, sobretudo na constituição de um modelo hegemônico que, por fim, em nosso país, resulta, por exemplo, na institucionalização e hospitalização do gestar e parir, caracterizado por numerosas intervenções, altas taxas de cirurgias cesarianas, elevada razão de mortalidade materna, morbidades e manifestações da violência obstétrica. Entretanto, nesse quadro complexo, figuram também perspectivas que pretendem-se desafiantes ao modelo hegemônico. É o caso da proposta de humanização de partos e nascimentos, que reúne diversas iniciativas, entre as quais se localizam as Casas de Parto.

A operacionalização – que entendo como os desdobramentos da execução – de iniciativas voltadas à humanização da assistência obstétrica tem sido um grande

⁴³PARSONS, TALCOTT. *El Sistema Social* (Cap. 10). Edição: Madrid, Revista de Occidente, 1966.

objeto de interesse e pesquisa desde o mestrado. Pensar a assistência nas Casas de Parto como um objeto de pesquisa, chamou minha atenção por representar um tema inovador para a área da sociologia, possibilitar a focalização de um tipo de iniciativa localizada pontualmente que, ao mesmo tempo, permitiria ainda assim, uma pluralidade de olhares, escolhas teóricas e metodológicas, de acordo com o recorte empírico assumido, dentre inúmeros possíveis. Além do contato com a CPSS, durante a realização da pesquisa de mestrado, um momento importante para o conhecimento *in loco* de outra Casa de Parto e de outras iniciativas existentes no país, ocorreu em novembro de 2007, durante a realização do “Encontro Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento”, realizado pela Rede pela Humanização do Parto e Nascimento – REHUNA e o Instituto de Yoga e Terapias Aurora, em Juiz de Fora, Minas Gerais – MG.

Ocorre que, nesta ocasião, estava acontecendo, além da reunião de profissionais, pesquisadores e ativistas, uma mobilização pela recente decisão da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF em fechar a Casa de Parto que mantinha em convênio com o SUS e como campo de estágio para o curso de Enfermagem. Nos dois dias de evento, a temática das Casas de Parto teve destaque nas discussões, com a realização de três mesas-redondas sobre o assunto, seguidas de debates. Além de tomar contato com os resultados assistenciais dessas instituições, que se mostravam bastante positivos e a diversidade de suas características, ficou evidente que havia uma conflitualidade envolvida com as mesmas: no pequeno universo das CP no país, integrantes do SUS ou filantrópicas, haviam fechamentos, tentativas de fechamentos, processos judiciais e dificuldades de estabelecer a assistência em rede com os demais serviços de saúde.

Assim, a possibilidade de adentrar esse pequeno universo, com uma curiosidade inicial sobre a conflitualidade inerente ao mesmo, como norteadora de uma proposição sociológica, despertou em mim como possibilidade de uma formulação teórica para pesquisa de doutorado. No entanto, o recorte inicial do objeto – as Casas de Parto – ainda se apresentava demasiadamente amplo e a necessidade de focalizar um problema mais específico, passível de ser explicitado enquanto uma pergunta norteadora, se evidenciava.

De um lado, se colocavam elementos relacionados à proposta de humanização da assistência ao parto, que marcam as CP como uma espécie de lugar ideal. Elementos como, por exemplo, a postura ativa da mulher, o parto “fisiológico”, com o

mínimo de intervenções possíveis, a implicação de familiares, a valorização de atores não-médicos no contexto da assistência, entre outros, eram notórios no seu aparecimento enquanto projeto institucional e legal. De outro lado, a tentativa de retirada do parto de um cenário quase exclusivamente hospitalar – representando também, em última instância, a busca por tratar o evento do nascimento como uma questão de saúde, e não de doença – implica na conflitualidade, pois tem provocado diferentes reações entre os principais atores envolvidos nesse campo profissional.

No Brasil, as CP, entendidas inicialmente como centros de assistência em saúde para gestantes, parturientes e puérperas (incluindo os primeiros cuidados para seus recém-nascidos), podem funcionar com assistência exclusiva de enfermeiras obstétricas, prescindindo, portanto, de assistência médica. Entretanto, há a necessidade de estabelecimento de uma unidade hospitalar, com assistência médica, para os casos de intercorrências que gerem necessidade de transferência.

Se tem divulgado como consenso que as Casas de Parto são eficazes na promoção da assistência humanizada e de qualidade à mulher. Estudos como os publicados pela OMS (OMS, 1996; 1985) e outros autores apontam para a segurança das casas de parto e do parto domiciliar planejado (Hodnett et al, 2012; Koiffman, M. D., 2006; Rooks et al, 1989; Fullerton e Severino, 1992; Waldenström e Nilsson, 1997; David et al, 1999; Stewart et al, 2005; Enkin et al, 2005; Campos e Lana 2007, Fernandes, 2004, Riesco et al, 2009; que são parte dos estudos e revisões sistemáticas existentes internacional e nacionalmente). Entretanto, mesmo que os estudos citados sejam considerados enquanto “evidências científicas”, seus resultados dividem opiniões, principalmente entre as comunidade profissionais protagonistas no campo da assistência obstétrica: médicos ginecologistas e obstetras, de um lado, e enfermeiras obstétricas, de outro.

No Brasil, a iniciativa das Casas de Parto enfrenta, portanto, várias resistências, principalmente da classe médica que tem se manifestado judicialmente contra instituições desse tipo, tendo como focos frequentes de acusação seu aparato tecnológico e a suposta insuficiência da assistência prestada por enfermeiras obstétricas. Nesse sentido, a questão do “risco” e da imprevisibilidade do parto são frequentemente utilizados como argumentos de contraposição. Nessa construção, a idéia de que o desfecho do parto é imprevisível e pode implicar em complicações que, por sua vez, devem ser tratadas no mínimo de tempo possível, é fundamental.

As manifestações judiciais recaem principalmente sobre Casas de Parto autônomas, pois, em virtude de sua distância de unidades hospitalares, representariam um perigo incoerente com a suposta segurança ofertada pelos hospitais modernos. São exemplos de casas acionadas judicialmente: a Casa de Parto de São Sebastião – DF, que já enfrentou algumas tentativas de fechamento, a Casa de Parto de Realengo – RJ, que enfrentou processo judicial promovido pelo CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro pelo seu fechamento, a Casa de Parto da Comunidade Monte Azul, em São Paulo, cuja responsável, era acusada judicialmente de exercício ilegal da medicina e a Casa de Parto de Juiz de Fora – MG, citada acima, aberta em 2001 e fechada em 2007.

No contexto do cenário obstétrico brasileiro, o surgimento das Casas de Parto divide a opinião das principais classes profissionais envolvidas e de gestores: se colocam, principalmente, de um lado enfermeiras obstetras e obstetrizes que argumentam pela sua segurança e a importância de um novo modelo assistencial e, de outro, médicos obstetras que argumentam pelo risco de complicações e emergências que não podem ter assistência em unidades desse tipo. Apesar de ser um debate polarizado – entre classes profissionais –, existem também obstetras a favor das Casas de Parto e do atendimento ao parto por obstetrizes e enfermeiras obstetras.

A situação brasileira em torno das Casas de Parto apresenta uma legitimidade conflitual. Se, de um lado, são reconhecidas legalmente, apresentam resultados satisfatórios e possuem apelo público (por estarem frequentemente representadas nos movimentos em prol da humanização de partos e nascimentos), de outro lado, possuem sua eficiência e legalidade questionadas publicamente por entidades da classe médica.

Nesse universo que não foi dantes explorado sociologicamente, chegou-se a uma proposição orientadora para a pesquisa, que fosse suficientemente ampla para abarcar a temática em um sentido exploratório e necessariamente restrita no sentido de possibilitar uma inserção metodologicamente adequada.

Assim, vislumbrando inicialmente um contexto hegemônico de medicalização da assistência obstétrica, no qual a proposta de humanização se apresenta enquanto uma discursividade desafiante, formulou-se a questão que figurou enquanto problema de pesquisa: que sentidos e conflitualidades permeiam o cenário do surgimento e estabelecimento das Casas de Parto autônomas no Brasil? Para responder à essa

questão principal, outros questionamentos se fazem importantes na composição da abordagem do problema de pesquisa, como os seguintes:

1. Qual é o histórico da criação das Casas de Parto no Brasil e em cada caso analisado?
2. Quais são as características da assistência ao parto promovida em cada Casa de Parto analisada?
3. Quais são as dificuldades ou entraves que enfrentaram e enfrentam cada Casa de Parto incluída na pesquisa?

Com esse três questionamentos complementares, esperava-se, detalhar com maior minúcia alguns aspectos fundamentais dos sentidos e conflitualidades que seriam encontrados. Para a primeira questão, esperava-se reconstruir a trajetória das CP incluídas no estudo, visualizando como esse local se coloca no campo da assistência obstétrica. Em virtude da escolha de trabalhar com as CP autônomas, especialmente aquelas que sofreram tentativas de fechamento, esperava-se de, antemão, encontrar um volume considerável de elementos girando em torno de conflitualidades, no discurso dos participantes.

Para a segunda questão, seria fundamental tomar contato com a forma pela qual os profissionais que nela atuam constroem suas atuações, que elaborações fazem de seus conhecimentos e práticas e suas fronteiras para com a prática de outros atores. Nesse sentido, uma hipótese bastante plausível é que boa parte das considerações dos participantes girariam em torno de elementos discursivos da proposta de humanização da assistência obstétrica. Além disso, se mostrava provável a presença de uma clara fronteira entre as atribuições profissionais de enfermeiras obstétricas e médicos, duas classe que polarizam o debate em torno das CP no país.

A terceira questão, buscaria evidenciar em que medida a percepção das dificuldades do exercício profissional em si e das CP, entendidas em sua unidade institucional, se produzem, ainda, em torno de aspectos conflituais ou se estão voltadas para aspectos mais intrínsecos das carreiras e das práticas profissionais e das CP.

Uma vez colocadas as questões norteadoras da pesquisa, fica evidente a necessidade de trabalhar com a abordagem qualitativa. Para alguns pesquisadores, o objeto das ciências sociais é, em si, essencialmente qualitativo (Minayo, 2006). Investigar a sociedade e a cultura implica em adentrar um universo de significados, opiniões, expressões individuais e coletivas, crenças, valores. Daí a centralidade da compreensão como produtora de informações qualificadas, justamente, na relação intersubjetiva estabelecida entre o pesquisadores e os participantes da pesquisa.

Uma série de características da pesquisa qualitativa, como as elencadas por John Creswell (2007), podem ser resgatadas enquanto elementos fundamentais para responder aos problemas colocados nesse estudo, justificando sua utilização:

- a necessidade de ir até os participantes, ao local onde se encontram, podendo produzir assim um detalhamento desses lugares e permitindo um envolvimento, mesmo que limitado, em suas experiências reais;
- a possibilidade de utilização de procedimentos múltiplos, humanísticos e interativos, de fontes diversas incluindo textos e imagens;
- ser essencialmente dinâmica, permitindo a mudança ao longo do processo, desde a renovação dos pressupostos teóricos, até a reformulação de questões e dos procedimentos de coleta de informações;
- ser essencialmente interpretativa, sendo que o material resultante da coleta de informações, passará por um processo de análise, buscando a identificação e agrupamento de temas e categorias para gerar interpretações e conclusões sobre seus significados, gerando mais questionamentos que assim, alimentam o que Minayo (1996) chama de “ciclo da pesquisa”.

A pesquisa qualitativa, assim, objetiva produzir uma narrativa complexa, interativa e abrangente, envolvendo elementos teóricos, conceituais e o material produzido a partir da pesquisa de campo, por meio de um raciocínio complexo, multifacetado e interativo. Artigo publicado por Adriana Pereira et al (2007) aponta que a maior parte dos estudos brasileiros sobre a humanização do parto e seus desdobramentos é de caráter qualitativo, indicando, portanto, que este já é um

caminho que vem sendo trilhado por outros estudos, muito em virtude da incipiente exploração desse campo e temática de pesquisa.

Para esclarecer “(...) o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”, (Minayo, 1996, p.16), ou seja o caminho metodológico percorrido no desenvolvimento desta pesquisa, são descritos a seguir os processos de escolha das instituições participantes, os critérios de seleção de participantes e os procedimentos de coleta e análise de informações.

2.2 – As instituições participantes e o trâmite ético da pesquisa

Inicialmente, pretendia-se incluir neste estudo quatro Casas de Parto: no Distrito Federal (São Sebastião), no Rio de Janeiro (capital, bairro de Realengo), em Minas Gerais (Juiz de Fora) e São Paulo (capital, comunidade Monte Azul). Todas essas Casas de Parto se caracterizavam como autônomas, ou seja, não faziam parte ou possuíam estrutura anexa à maternidades hospitalares. Além disso, sofriam ou sofreram, em algum momento de sua história, tentativas de fechamento, judiciais ou não, e outros processos de embate institucional e profissional, o que era conhecido por mim por meio das vivências em encontros e eventos relacionados ao universo da humanização de partos e nascimentos⁴⁴, de notícias circulando na mídia, inclusive virtual, e minha própria vivência profissional.

Segundo sua natureza e esfera de gestão, bem como sua situação atual, as CP inicialmente selecionadas se encontravam em situações diversas e eu tinha conhecimento de alguns dos processos que haviam sofrido ou sofriam em relação a tentativas de fechamento e outros conflitos:

- A Casa de Parto de São Sebastião – CPSS (que integra oficialmente a Unidade Mista de Saúde de São Sebastião/UMSSS) – DF é de administração direta da Secretaria de Estado da Saúde do DF – SES/DF e se encontrava em funcionamento. Inaugurada em 2001, funcionou até 2009 com atendimento prestado por médicos, quando, então, tais profissionais foram transferidos para

⁴⁴ Como os encontros promovidos pela REHUNA e o Instituto Aurora.

um hospital. Foi reaberta com atendimento e direção de enfermeiras obstétricas e enfrentou tentativa de fechamento em 2010, por parte do Ministério Público do DF.

- A Casa de Parto de Realengo – CPR (oficialmente Casa de Parto David Capistrano), no Rio de Janeiro é de administração direta da Secretaria Municipal de Saúde – SMS. Inaugurada em 2004, enfrentou duas tentativas de fechamento: em 2004, a partir de ação judicial movida pelo CREMERJ, para embargo de sua inauguração e, em 2009, por meio da atuação da Vigilância Sanitária do município (SUvisa- SESDEC/RJ).
- A Casa de Parto de Juiz de Fora – CPJF (oficialmente Casa de Parto da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF) era de administração direta da Secretaria Municipal de Saúde, embora tenha sido criada pela UFJF. Foi inaugurada em 2001 e teve suas atividades suspensas, por parte da reitoria da UFJF, em agosto de 2007. Não por acaso, a CPJF havia sido criada durante a gestão de uma reitora socióloga e extinta na gestão de um reitor médico.
- A Casa Angela, atuando na comunidade Monte Azul, em São Paulo, se caracteriza como entidade beneficente sem fins lucrativos, mantida pela Associação Comunitária Monte Azul. Inaugurada em 2009, oferece vários serviços e atividades abertas à comunidade (pré-natal, parto, puerpério, educação perinatal), mas ainda não está atuando de acordo com a capacidade prevista, devido a um difícil processo de negociação para inserção na rede de referência e contra-referência assistencial do município e passar a estar oficialmente ligada ao SUS.

Resumidamente, então, as quatro CP eleitas, inicialmente, para pesquisa possuíam características distintas interessantes, CPSS – DF e a CPR – RJ estavam em funcionamento e haviam enfrentado tentativas de fechamento em, ao menos, duas ocasiões, porém apresentavam gestão diferenciada, sendo a primeira estadual e a segunda de gestão municipal. Por outro lado, a CPJF – MG, que era ligada a UFJF,

foi fechada por essa mesma instituição e, por fim, a Casa Angela – SP, de iniciativa filantrópica e comunitária, enfrentava dificuldades para ser plenamente estabelecida.

Em busca de um olhar de fora pra dentro, para obter um contraponto de outra realidade, eu pretendia, desde a entrada no doutorado, realizar um estudo comparativo, realizando trabalho de campo em outro país, que, como eu esperava, traria uma intensa experiência de alteridade. Por isso, busquei desde a entrada no programa de doutorado, pensar em articular possibilidades de estágios de pesquisa de doutorado e obtenção de bolsas com essa finalidade.

Me chamava a atenção a situação das Casas de Parto no Canadá, a partir do caso, mais específico, da Província do Québec. No Canadá, a humanização do nascimento começa a ser promovida pelo governo a partir da década de 1980 (Vadeboncoeur, 2005) e, mais especificamente, na Província do Québec desde o fim da década de 1970, ligadas às demandas sociais de desmedicalização do parto. Assim, no Québec, o surgimento das Casas de Parto ocorre, a partir do movimento de mulheres, diretamente relacionado com o processo de reconhecimento da profissão de parteira profissional – obstetriz, a partir de 1990 (Maison de Naissance, 2007a). O Québec é a única província canadense onde esses centros (*Maisons de Naissance*) existem incorporados ao sistema de saúde pública. O Canadá, assim como o Brasil possui um sistema de saúde universal, ou seja, de utilização pública, desde a década de 1960 (Northcott, 1994). O próprio Sistema Único de Saúde – SUS brasileiro, em suas origens, e, mesmo hoje, várias ações, políticas e programas (como o Programa Saúde da Família) tem inspiração no sistema canadense. Portanto, identifiquei uma rica comparabilidade entre os dois países, considerando ainda assim as especificidades de cada contexto. Já no início de 2009, fui selecionada pelo Programa Compreender o Canadá, que com financiamento do Governo Canadense, oferece a estudantes e professores diversos tipos de bolsa para desenvolvimento de atividades em solo naquele país. Eu havia programado no projeto enviado para essa seleção um primeiro e curto estágio de pesquisa, de dois meses no país. Assim, entre os meses de agosto e outubro de 2009, conheci cinco Casas de Parto no Québec, entrevistei sete obstetrizes responsáveis por serviços e/ou Casas de Parto e obtive orientação de algumas professoras da Universidade de Ottawa, dentre as quais a antropóloga Julie Laplante. Pude, ainda, coletar um imenso material, entre trabalhos acadêmicos, documentos institucionais, notícias veiculadas na mídia impressa e vasto material de

registros fotográficos, além de realizar registros de observações em cadernos de campo.

Apesar desse projeto inicial, submetido à seleção do Governo Canadense, não ter passado por qualquer instância de aprovação ética (um Comitê de Ética em Pesquisa – CEP), em todas as iniciativas de pesquisa realizadas naquele país, foram observados os aspectos éticos necessários à pesquisa social. As entrevistadas foram contatadas previamente por telefone e, a partir desse contato, eram realizadas as marcações de visitas as CP. Durante as visitas, era solicitado verbalmente a autorização para realização das entrevistas registradas por gravador, bem como, dos registros fotográficos. Dois serviços visitados não autorizaram a realização de registros fotográficos.

Considero essa ida ao Canadá como parte fundamental do amadurecimento do meu processo e de meu objeto de pesquisa. Pude vislumbrar, por exemplo, a importância que a autonomia profissional e aspectos de um cuidar específico se observam como elementos fundamentais para a identidade profissional das obstetrizas que atuavam nas CP. Na volta ao Brasil, no entanto, ainda era necessário aprovar o projeto no âmbito do PPG/SOL e em um Comitê de Ética, antes de efetivamente começar a pesquisa de campo. Entretanto, também era importante, por óbvias questões de economia monetária e temporal, aproveitar as oportunidades de visitas as CP, surgidas em decorrência de minha inserção profissional. Como dito antes, eu já tinha uma aproximação de pesquisa da CPSS, durante o desenvolvimento da dissertação de mestrado e já conhecia a CPJF, na ocasião de um encontro voltado para a humanização do parto.

Por isso, ainda antes da aprovação do projeto em um CEP, aproveitei as oportunidades de visitar a CPR, em julho de 2010, e a Casa Angela, em outubro de 2011. A visita em Realengo, ocorreu na ocasião “IV Encontro de Enfermeiros Obstetras e Neonatais do Rio de Janeiro (ENEON)” e possibilitou uma conversa coletiva (estavam presentes uma enfermeira obstetra da casa, membros da ABENFO nacional e duas estudantes de enfermagem) extremamente rica em informações e questionamentos. Dessa visita resultaram um relato minucioso, materiais informativos da casa e registros fotográficos. A visita na Casa Angela, pôde ser mais extensa, ocorrendo durante dois dias. Houve a possibilidade de conhecer o contexto no qual está inserida a Casa de Parto, isto é, parte dos trabalhos desenvolvidos pela Associação Comunitária Monte Azul na comunidade onde está localizada, bem como

conhecer as atividades que vem sendo oferecidas pela Casa *in loco* e realizar três entrevistas em profundidade⁴⁵.

Procedendo a uma avaliação crítica desse processo, considero que ocorreram aspectos positivos e negativos. De um lado, a ousadia em buscar entradas no campo de pesquisa antes de obter aprovação do projeto em instâncias institucionais me permitiu abarcar oportunidades únicas, resgatar aspectos íntimos e motivacionais necessários à pesquisa e amadurecer o trabalho em toda sua amplitude e o projeto, em suas especificidades. De outro lado, tive problemas com o cronograma da pesquisa e da tese e, mais tarde, sofri as consequências de escolhas que me levaram a adiamentos e atrasos. Além disso, minha ousadia, totalmente apropriada à curiosidade intelectual e ao entusiasmo empírico, não foi bem apreciada pelo CEP do Instituto de Humanas da UnB – CEP/IH, ao qual o projeto da pesquisa foi submetido.

Após aprovação na banca de defesa do projeto no PPGS, o mesmo foi enviado para o CEP/IH em fevereiro de 2012. Em março de 2012, obtive como retorno sua “aprovação com pendências”. Tais pendências, isto é, aspectos que deviam ser modificados para a plena aprovação do projeto, incidiam justamente sobre as etapas da pesquisa já realizadas, notadamente, a etapa realizada no Canadá. Efetivamente, isso significou que, segundo a orientação do CEP/IH, a pesquisa deveria estar centrada nas CP brasileiras e, portanto, deveria ser retirado do projeto, a análise comparativa com a realidade quebequense. Ressalto que essa recomendação não dizia respeito, especificamente, a qualquer procedimento ou aspecto ético da pesquisa de campo realizada, ou seja, não significa que o processo de pesquisa que já havia sido cumprido, foi analisado e que o mesmo apresentava falhas. A recomendação do CEP/IH, em verdade, diz respeito, muito mais a proteção institucional do próprio comitê, que não pode se pronunciar sobre algo que já foi feito, sem estar sob sua “anuência”.

Acredito que este caso pode gerar algumas reflexões em torno da relação entre as fronteiras da pesquisa em ciências sociais, a pesquisa no campo da saúde e as questões éticas. O que aconteceu de fato foi que, a entrada exploratória no campo (oportunizada por condições bastante específicas da pesquisadora, como sua inserção

⁴⁵ Essas três entrevistas em profundidade foram realizadas utilizando-se o mesmo roteiro padronizado que, posteriormente, seria aprovado pela banca de avaliação do projeto de pesquisa, no âmbito do PPG-SOL e do CEP do Instituto de Humanas da UnB e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE bastante semelhante ao TCLE utilizado na pesquisa subsequente.

profissional e uma bolsa recebida) precisou ser, praticamente, desconsiderada, retirada do corpo final do trabalho em razão das exigências burocráticas do CEP ao qual o projeto foi submetido. Não houve nenhum empenho do mesmo para pronunciar-se sobre as etapas realizadas da pesquisa, pois nenhuma informação adicional, ou material, foi solicitada para tanto. Com isso, é importante registrar a impressão de que as pesquisas de cientistas sociais submetidas à CEPs podem estar mais engessadas em relação às entradas exploratórias em fase preliminar ou inicial do trabalho de campo e as mudanças posteriores exigidas pelo processo de pesquisa.

Não trata-se aqui de defender um lado certo e outro errado, sejam esses o CEP e/ou a pesquisadora, mas, de fato, o fator privilegiado na ocasião foi a proteção institucional do CEP. Pela normatividade legal brasileira, toda pesquisa com seres humanos e no campo da saúde deve seguir a Resolução 196/96 que aplica-se muito mais aos casos de pesquisa que precisam proteger as pessoas de eminentes perigos físicos e biológicos que de qualquer ameaça que uma pesquisa de caráter qualitativo, que possui um ciclo próprio, possa representar. Sem alongar por demais essa discussão, tive como consequências desse processo a certeza de que a burocracia não gosta de indivíduos ousados e, a necessidade de retirar do corpo principal da tese a pesquisa realizada no Canadá e as entrevistas realizadas com profissionais da Casa Angela, em São Paulo.

O projeto aprovado, finalmente, em maio de 2012, no CEP/IH, contava, portanto com a inclusão na pesquisa de campo, das três instituições restantes: a CPSS, a CPR e a CPJF. Infelizmente, não obtive sucesso no contato com as profissionais que haviam trabalhado na CPFJ. Apesar de inclusive, ter tido contato pessoal em algumas ocasiões com a ex-diretora da CP, não obtive nenhum retorno das tentativas de contato via e-mail, redes sociais e telefone. Com isso, a UFJF também foi excluída do estudo.

A seguir realizo uma descrição mais geral, abarcando aspectos físicos e assistenciais das duas CP incluídas no estudo, a CPSS e a CPR, que atualmente, são as duas únicas CP do SUS atuantes e que sofreram tentativas de fechamento. Indico, ainda, os contextos em que as visitas foram realizadas, bem como uma primeira visão abrangente dos materiais obtidos e dos procedimentos de coleta. As informações que incluo a seguir, dizem respeito, portanto, principalmente, às atividades e serviços que cada casa oferece, à composição de sua equipe de profissionais, sua estrutura física. Com isso, objetivo apresentar com maior intimidade o que é uma CP, e como são as

duas casas pesquisadas, bem como já indicar algumas observações que constavam nos cadernos de campo, frutos de uma espécie de observação participante, bastante limitada à necessidade de realização de contatos iniciais e das entrevistas em profundidade.

2.2.1 – A Casa de Parto da Unidade Mista de Saúde de São Sebastião – CPSS/UMSSS, Distrito Federal

O contato com a CPSS ocorreu, primeiramente, durante a realização de minha pesquisa de mestrado, durante a qual frequentei palestras e atividades com grupos de gestantes e entrevistei mulheres e profissionais, entre os anos de 2006 e 2007. Visitei a casa, também, durante uma manifestação contra o seu fechamento, organizada pelo Conselho de Saúde de São Sebastião, em 2010. A partir da necessidade de estabelecer os contatos para a realização da pesquisa de doutorado, no final de 2011, visitei a Casa, brevemente, duas vezes e, após a autorização do CEP/IH, iniciei a pesquisa em maio de 2012. Houve um encontro com a Diretora da Casa para obtenção de informações gerais e a organização do trabalho de campo, para cuja realização era necessário orientação acerca, por exemplo, dos plantões dos profissionais. Assim, durante a pesquisa, a circulação na Casa limitou-se aos momentos de coleta de informações através das entrevistas em profundidade.

A Unidade Mista de Saúde de São Sebastião – UMSSS oferece para a comunidade de São Sebastião, além da Casa de Parto (emergência em obstetrícia de baixo risco, ou seja, atendimento de partos normais e intercorrências da gestação), serviços de emergência em clínica médica e pediatria, todos em regime de plantão. A CP compartilha um espaço contíguo e pertencente a UMSSS, onde ocorrem também consultas de pré-natal (ginecologia e obstetrícia) e outras especialidades, exames, vacinação, ambulatório e procedimentos comuns aos demais Centros de Saúde da SES/DF, que funcionam durante a semana em horário comercial. A UMSSS e a CPSS foram inauguradas em 2001, quando a CP passou a funcionar com assistência médica. À época em que desenvolvi o estudo de mestrado, verifiquei que praticamente não haviam referências semânticas ao serviço como CP, ao contrário, a CP, ou seja, o espaço onde ocorriam os atendimentos obstétricos, intercorrências e partos, era

referida pela(o)s profissionais como UMSSS (Nonato, 2007). Atualmente, tal entendimento se alterou, como veremos no Capítulo 5.

Atualmente, a CPSS oferece para as gestantes e parturientes, simplificada, consultas para os casos de intercorrências e acompanhamento da gestação, sem, entretanto, configurar uma assistência pré-natal, e a assistência ao parto, com enfermeiras obstétricas. Significa dizer que a CPSS não realiza o atendimento integral no período gravídico-puerperal das gestantes que irão parir na Casa, mas está aberta para os casos de gestantes que, espontaneamente, procuram a casa para conhecer o serviço e para verificar seu estado e do bebê quando sentem desconfortos ou manifestam outros sinais clínicos importantes, como sangramentos, perdas amnióticas, infecções urinárias etc.. Nesses casos, as enfermeiras obstétricas da Casa fornecem os “primeiros cuidados” e realizam os encaminhamentos ambulatoriais, clínicos (para consultas), laboratoriais (para realização de exames) e hospitalares (para emergências) necessários. Oficialmente, a responsabilidade do pré-natal das gestantes assistidas em São Sebastião é das equipes de PSF e do atendimento clínico da UMSSS. A assistência na CPSS nesses moldes, começou a acontecer no início de 2009, quando os médicos ginecologistas e obstetras que lá atuavam foram transferidos para o então inaugurado Hospital do Paranoá e a SES/DF decidiu dar continuidade à assistência obstétrica com enfermeiras obstétricas.

No período anterior, a CPSS oferecia às gestantes, um ciclo de palestras pré-natais que consistia em três palestras, uma para cada trimestre da gestação e um grupo especial, com encontros para gestantes adolescentes. Cada uma dessas palestras era realizada em um dia determinado da semana, com diferentes profissionais, envolvendo enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, dentistas e assistentes sociais. Cada palestra contava com temáticas diferenciadas, incluindo planejamento da gravidez, amamentação, alterações de humor na gestação, direitos da gestante (licença-maternidade, licença-paternidade, o direito ao acompanhante), o trabalho de parto, sinais de parto, sinais de alerta, as possíveis intervenções, primeiros cuidados com o bebê, entre outros. Os palestrantes utilizavam materiais complementares como álbuns, bonecos e vídeos. Ao final da palestra do último trimestre da gestação, ocorria a visita orientada à CPSS. Também eram oferecidas na CPSS atividades de *yoga* e fisioterapia para gestantes, por profissionais da Casa e/ou estagiários de faculdades de saúde particulares e públicas. Na época do estudo observei que essas atividades tinham frequência flutuante de mulheres e acompanhantes, por vezes se formavam

grupos bastante limitados e a participação das mesmas parecia um pouco tímida, mesmo com uma oferta de espaço para debates e exposição de dúvidas e comentários, a participação era contida. Havia também algumas *doulas* comunitárias voluntárias.

Mais recentemente, esse modelo de relação com as usuárias da UMSSS e da CPSS foi transformado. Aproximadamente a partir de 2009, quando a direção e a assistência da CPSS foi assumida pelas enfermeiras obstétricas, as palestras naquele formato foram encerradas. Me foi relatado nas entrevistas, sem precisão de datas, que houve um período no qual passou-se a realizar um dia de palestras para gestantes no final da gestação, convidadas a participarem por meio dos atendimentos no PSF. Assim, durante um sábado, as gestantes iam até a CP para participar de um dia de palestras sobre temáticas como as citadas anteriormente, dadas pelas enfermeiras da Casa que, também ofertavam um lanche e um pequeno enxoval (que obtinham em parceria com a Cruz Vermelha), como chamariz para a participação. Entretanto, me parece que com o início de uma reforma, tanto na CPSS, quanto na UMSSS, foram perdidos os espaços (salas, auditórios) em que essas atividades ocorriam e então, mesmo essas palestras periódicas foram encerradas. Não me foi informado a data de início e de término dessa reforma, porém, desde o primeira ida a CPSS para iniciar a pesquisa de doutorado, (em maio de 2012), foi me informado que ela já ocorria há um ano. Nesse sentido, uma vez que a reforma afetou a ambiência e a dinâmica de atividades da Casa, certamente atingiu também os resultados dessa pesquisa.

A reforma também coincidiu com uma redução da carga de trabalho dos profissionais da Casa, em virtude do corte de horas-extras de responsabilidade do GDF, reduzindo o número de plantonistas. A Casa conta com quatorze enfermeiras obstétricas, incluindo a Diretora-chefe, que toma conta de todas as questões burocráticas. Antes do referido corte, os plantões contavam com duas enfermeiras obstétricas no plantão, mas, no período da pesquisa, na maior parte dos plantões, apenas uma enfermeira ficava disponível⁴⁶. A definição da “escala”, isso é, a organização dos plantões, foi referida pela Diretora da CPSS com uma difícil tarefa, um quebra-cabeça que envolve a vida pessoal, a satisfação no trabalho e outras variáveis humanas. Além da equipe de enfermagem, a CPSS compartilha com a

⁴⁶ No período da minha pesquisa, inclusive, houve, ao menos, um plantão fechado em virtude da falta de profissional disponível, pois o que constava na escala de plantão estava em abono.

UMSSS, os técnicos de enfermagem, pediatras, clínicos e todos os demais profissionais necessários para o funcionamento da mesma.

Atualmente a Casa possui uma entrada principal compartilhada com a UMSSS, por onde pode-se acessar outra porta que, de fato, permite adentrar a CPSS. Fora, no espaço da UMSSS fica um guichê de admissão burocrática, onde, primeiramente, é necessário solicitar atendimento, com os documentos necessários, característicos do SUS. Adentrando o espaço de transição, espaço comum entre a CPSS e a UMSSS, localizam-se duas salas de consultas e exames obstétricos. Ali as profissionais realizam as consultas, sejam das intercorrências, sejam para admissão em trabalho de parto. Existe um protocolo, referido pelos profissionais como “rígido”, que estabelece critérios sobre em que tipos de situações clínicas as gestantes precisam ser transferidas para a assistência médica-hospitalar.

A CP conta com duas suítes PPP que compartilham um amplo banheiro, com chuveiro e barras. Uma das suítes conta com uma banheira para imersão durante o trabalho de parto e parto. As PPP's são quartos amplos, com pé direito bastante alto, o que gera uma sensação de amplitude. Ficam em um corredor perpendicular à entrada principal e em frente às mesmas encontramos o posto de enfermagem, a sala de prescrição, a sala de cuidados para o recém-nascido e a pia para lavagem das mãos dos funcionários (com três torneiras). Ao final desse corredor também se encontra o Alojamento Conjunto – ALCON, onde as mulheres ficam, com seus recém-nascidos e uma acompanhante feminina que pode pernoitar, até sua alta⁴⁷. Atrás das suítes e do ALCON há um corredor contínuo que serve como área de deambulação.

Ainda sobre as PPPs, estas são equipadas com camas especiais (mesas obstétricas, no jargão médico), com arco, preparadas para o parto em posições verticais (cócoras, de quatro, de lado etc.) e outros equipamentos que podem ser usados para relaxamento e exercícios durante o trabalho de parto, como a bola inflável de borracha, aparelho de som, barras nas paredes, aparelhos de massagem em madeira (compartilhados entre as duas PPP's). Existem ainda outros equipamentos disponíveis nas PPP's: equipamento para oxigenação, poltrona para acompanhante, pequeno armário com luvas, vaselina e aparelho Doppler (para monitoramento dos sinais fetais), foco luminoso e berço aquecido.

⁴⁷ Antes da referida reforma, haviam três suítes PPP. Uma delas foi transformada no ALCON, que ficava em um espaço de outro corredor, mais integrado à UMSSS.

No período que realizei o trabalho de campo desta pesquisa de doutorado, vários aspectos e objetos que personalizavam, coloriam, decoravam a CPSS, anteriormente verificados, estavam ausentes⁴⁸.

A sala onde é realizado o banho do bebê (pia metálica com chuveirinho), também é equipada com berço comum aquecido, incubadora para transporte emergencial, aspirador traqueal e outros, para os bebês que não nascem em condições ideais (apresentando mecônio, por exemplo) ou necessitam ser aspirados.

No estacionamento externo há sempre ambulâncias de plantão para transferência de parturientes e/ou recém-nascidos em estado emergencial para a unidade de referência, além de outras pessoas assistidas na UMSSS⁴⁹. A unidade de referência para transferências emergenciais é, oficialmente, o Hospital do Paranoá, que dista cerca de vinte quilômetros⁵⁰.

Após o parto, a parturiente ainda permanece na PPP por cerca de duas horas após o parto. Após esse tempo, é transferida para o ALCON, que conta com três leitos com mesas de alimentação, um banheiro, três cadeiras para amamentar e acesso para o corredor. No ALCON, a parturiente permanece vinte e quatro horas, aproximadamente. Nesse recinto, a acompanhante somente tem lugar para dormir sentada. A parturiente e seu bebê recebem alta se estiverem em estado estável, após 24 horas do parto, aproximadamente.

Acredito que essa descrição geral, que atualiza vários quesitos em relação à situação de cerca de sete anos atrás, quando realizei a pesquisa de mestrado, seja suficiente para inserir o leitor no espaço da CPSS, bem como dar uma noção geral de como ocorre a assistência às mulheres. Alguns dos ambientes descritos podem ser visualizados por meio das imagens dispostas no Capítulo 4 e no Anexo 2. Muito provavelmente, em virtude da situação de reforma referida anteriormente, não tive acesso a um material mais minucioso, como documentos de referência, livros de

⁴⁸ Por exemplo, no corredor principal, nas paredes e portas das PPP's encontram-se cartazes com os dizeres "Humanizar é acolher, respeitar, apoiar, incentivar". "Este ambiente deve ser tranquilo, silencioso e acolhedor. Contribua com a humanização do nascimento!", "Silêncio, Ambiente Sagrado!", recados aparentemente destinados aos profissionais, e um utensílio no qual pode colocar papéis com o nome da parturiente e do bebê que iria nascer no respectivo quarto. No muro do corredor externo, contíguos às PPPs, ficavam algumas plantas e uma pintura de flores e borboletas.

⁴⁹ Na época do estudo de mestrado havia três ambulâncias.

⁵⁰ Segundo cálculos do site Google Maps (<https://maps.google.com/maps?q=hospital+do+paranoa+brasil&safe=active&ie=UTF-8&hl=pt-BR>)

registro etc., que os profissionais utilizam, bem como atividades voltadas para gestantes, suspensas desde então⁵¹. Por isso, o material da pesquisa de campo na CPSS, constitui-se, essencialmente das entrevistas em profundidade.

2.2.2 – A Casa De Parto David Capistrano Filho, Realengo, Rio de Janeiro

Como dito anteriormente, realizei uma primeira visita profissional, na CPR em 2010. Essa visita originou um primeiro relatório, com anotações de observações e registros fotográficos. A realização das entrevistas em profundidade para a pesquisa de doutorado ocorreu no mês de julho de 2012, durante sete dias de idas diárias à Casa, lá ficando em períodos diferenciados mas, em geral, chegando pela manhã e indo embora ao final da tarde. Assim, além de realizar as entrevistas, pude compartilhar momentos com as profissionais, conversar, fazer refeições, observar mais de perto os processos de trabalho e participar de algumas atividades. Das atividades que participei, destaco uma oficina em grupo com gestantes e uma oportunidade de vivenciar os instantes finais de um nascimento, quando pude cumprimentar uma mulher que recém havia parido e seus acompanhantes (o companheiro e a avó da bebê).

A CPR, inaugurada em oito de março de 2004, é referida pelos profissionais como CP, mas, tecnicamente, quando a comparam com outras unidades, a consideram como uma “Casa de Parto comunitária”. Esse é um qualificador interessante e que enfatiza a importância e a especificidade conferida ao tipo de trabalho que é desenvolvido ali. A CPR, além de oferecer assistência no parto, pode realizar todo acompanhamento pré-natal das gestantes. Além disso, a Casa, que atende também outros bairros (como os vizinhos, Malé, Bangu, Padre Miguel e Sulacap), oferece às gestantes uma série de “oficinas”, atividades educativas realizadas em grupo.

⁵¹ Em uma ocasião, antes de uma entrevista, pude visualizar alguns formulários utilizados pelas enfermeiras obstétricas da casa, como o prontuário e a guia de encaminhamento de gestantes. Observei que a referência semântica dos mesmos, em muitos campos de preenchimento, indica como unidade de saúde um “hospital” e como profissional o “médico”. Ao comentar essa observação com minha interlocutora, ela a reafirmou, dizendo que seria mais apropriado que os formulários trouxessem campos como “serviço e/ou unidade de saúde” e “profissional de saúde”. Informou também que nas guias de encaminhamento costumam riscar o termo “médico” e que seria uma situação que a classe ainda enfrenta e que precisa ser mudada.

A primeira dessas “oficinas”, que as gestantes participam, é o chamado “acolhimento”. O acolhimento tem o objetivo de apresentar às gestantes o modelo de atendimento e o funcionamento da CP. É também uma espécie de “boas vindas” e um primeiro encontro de mútua apresentação, conduzido quase que exclusivamente pelas duas Diretoras da Casa, oferecida três vezes por semana. Quando uma gestante chega à CPR, é atendida na recepção na qual pode obter informações sobre a Casa, a assistência, enfim, tudo o que é oferecido. Em seguida, é agendada sua participação na oficina de acolhimento, que será seu primeiro contato “pormenorizado” com a Casa. Após o acolhimento, a ideia é que a própria gestante já possa, conhecendo um pouco mais a proposta diferenciada do serviço, escolher se realmente deseja realizar o pré-natal e parir na Casa. Quando optam por isso, é marcada sua primeira consulta de pré-natal com uma enfermeira obstétrica. Uma consulta caracterizada como extensa, minuciosa e profunda, para iniciar um processo de conhecimento aprofundado da gestante, sua história, suas relações familiares, sua saúde e histórico reprodutivo.

O pré-natal é realizado de 08:00 às 18:00, de segunda à sexta, horário mais flexível para mulheres que trabalham. Nesse início de acompanhamento, também, todas gestantes passam por entrevista com o serviço social, objetivando começar a identificar situações particulares que podem interferir no acompanhamento das gestantes e na sua saúde, como dificuldades sócio-econômicas e situações de violência. A organização dos plantões e das atividades assistenciais da casa não permite que a gestante seja acompanhada pela mesma enfermeira obstétrica durante toda a gestação e a gestação e o parto. Porém, há a possibilidade de, desde o agendamento da primeira consulta de pré-natal (após o acolhimento), marcar suas consultas sempre em um mesmo plantão (por exemplo, o plantão de sexta-feira) e com isso, ser acompanhada por uma ou um conjunto de profissionais mais ou menos fixo. Além disso, a participação nas diversas oficinas da Casa, cuja administração é uma responsabilidade compartilhada entre todas as profissionais, também permite que a gestante conheça várias e/ou a maior parte das enfermeiras obstétricas da Casa. Após o parto, são agendadas consultas de puericultura e planejamento reprodutivo.

As demais oficinas oferecidas pela Casa são organizadas por temáticas e a participação das gestantes nas mesmas é marcada de acordo, principalmente, com a idade gestacional. Os temas das demais oficinas são, por exemplo: gênero e sexualidade, direitos da mulher, modificações no corpo, parto e tecnologias do cuidado, cuidados com o bebê, amamentação, plano de parto. Todas as oficinas são

caracterizadas por dinâmicas de grupo e estratégias de envolvimento e sensibilização e delas participam no máximo 20 pessoas por grupo, entre gestantes e suas ou seus acompanhantes.

Há uma oficina especial para adolescentes, com apoio de filmes, chamada “Sessão Pipoca” e um encontro pós-parto, chamado “Chá da vovó”, com integração da família, que precisa compartilhar das mesmas informações para que não ocorram muitas diferenças e disputas de sentidos conflitantes nas relações familiares em torno dos primeiros cuidados com o bebê (amamentação, alimentação, banho, sono, etc.).

Existe uma agenda, um calendário de oficinas estabelecido, mas todas as tardes ocorre alguma oficina. São agendadas também oficinas aos sábados (de final de gestação), para que as mulheres que trabalham durante a semana possam participar. O trabalho da saúde bucal, em grupo, com um dentista e técnicos de higiene, é realizado em conjunto/parceria com um grupo de PSF. A participação nas oficinas é considerada fundamental durante seu acompanhamento pela Casa. A presença é cobrada, e, nesse sentido, há um bilhete de marcação (com data e hora) grampeado no cartão da gestante, que é carimbado e assinado nas oficinas, se a gestante não comparece, isso aparece no papel e é questionado no pré-natal, na consulta de enfermagem. Se a gestante falta duas vezes, tem uma conversa agendada com as coordenadoras e se não se comprometer a vir, é avisada que não poderá ter o parto na Casa. Claro que cada caso é discutido tanto pela equipe, quanto com a gestante, mas, o ponto principal aí é que, para ter o parto na Casa, a gestante precisa demonstrar um comprometimento e um envolvimento com a proposta de assistência ali desenvolvida.

A Casa possui um protocolo “fechado”, isto é, um documento que especifica as condições, não apenas clínicas⁵², que as gestantes precisam ter para que possam ser acompanhadas e ter o parto no local⁵³. Essa é uma exigência formal para as CP. Para os casos em que são identificados o não ajustamento ao protocolo, casos, em geral, qualificados como “de risco”, ocorre a referência da gestante para um serviço que

⁵² Adolescentes abaixo dos 14 anos, por exemplo, podem ser consideradas “de risco”, um risco “comportamental”.

⁵³ A casa mantém um blog (<http://smsdc-casadeparto.blogspot.com.br/>) com muitas informações e fotos. Lá, é informado que os critérios para que a gestante ser assistida pela casa são: “Idade gestacional até a 34ª semana de gestação, tendo resultado dos exames específicos do pré-natal; Não tenham filhos que nasceram por cesárea; Não tenham sido submetida a nenhuma cirurgia uterina; Que não apresentem qualquer problema de saúde (pressão alta, diabetes, bronquite, asma, uso de medicação controlada e outros a serem avaliados); E, principalmente tenham o desejo de parir de parto natural.” (<http://smsdc-casadeparto.blogspot.com.br/p/quem-somos.html>).

poderá acompanhá-la apropriadamente (com exames, consultas complementares e assistência médica especializada). Isso pode acontecer durante o pré-natal, quando as gestantes procuram a Casa em casos de “intercorrências”, isto é, problemas obstétricos, ou durante o transcorrer do próprio trabalho de parto. A referência da CPR para esses casos é a Maternidade Alexander Fleming, que dista de lá cerca de oito quilômetros⁵⁴, aproximadamente 8 minutos, para a remoção realizada com ambulância (com sirene acionada). O protocolo da casa foi estabelecido após discussões com a “Fleming”.

Quando é identificado o “risco” no pré-natal, portanto, em geral, a gestante é encaminhada para a Fleming e para a “rede”, isto é, as demais unidades de saúde SUS que cobrem a assistência a saúde na região, como os “postos” (Unidades Básicas de Saúde – UBS) próximos. Em caso de “evolução para risco” no fim da gravidez ou no parto, a gestante é encaminhada diretamente para a Fleming, que conta com um médico pré-referenciado para os casos da CP. Também, algumas enfermeiras que trabalham na Casa, trabalham nessa maternidade, o que auxilia no processo de “reconhecimento” das transferências e encaminhamentos, ou seja, no processo de torná-las legítimas e valorizá-las perante os profissionais do hospital. Se o encaminhamento ocorrer durante o trabalho de parto, a gestante é “removida” para o hospital na ambulância (que é um serviço terceirizado), acompanhada de uma enfermeira obstétrica da casa, que estará com ela até que obtenha a “guia de internação” hospitalar, para garantir a mesma. O mesmo ocorrerá nos casos em que o recém-nascido necessitar de assistência médico-hospitalar. Para exemplificar esses casos de encaminhamento: uma gestante diagnosticada com infecção urinária, não poderá ter parto na Casa e casos como os de sangramentos e descolamento prematuro de placenta – DPP deverão ser encaminhados imediatamente para avaliação ou intervenção imediata na Fleming⁵⁵.

Há também um vínculo estabelecido com Unidade de Posto de Atendimento Médico – PAM de Bangu, lá fazem os exames, com coleta agendada todos os dias diretamente na Casa. Existem 10 vagas por dia, garantidas para a CP, para realização

⁵⁴ Segundo cálculo realizado pelo site Google Maps (<https://maps.google.com/maps?hl=pt-BR&ie=UTF-8&q=maternidade+alexander+fleming&fb=1&hq=maternidade+alexander+fleming&cid=0,0,7336573843569436958&ei=1rpxUbiiMJL08ASm7oCwCQ&sqi=2&ved=0CJcBEPwSMAA>).

⁵⁵ Foi me relatado o caso de um DPP clássico. A gestante foi removida imediatamente para a Fleming e quando chegou lá, a equipe estava toda no Centro Cirúrgico – CG esperando, sendo imediatamente operada.

de ultrassom no PAM Bangu. Somente são encaminhadas aquelas que realmente não tem condições financeiras, pois a maioria das mulheres também tem acesso a algum serviço particular, como em clínicas de baixo custo da região que aceitam pedido da Casa, assinado pelas enfermeiras. Quando há necessidade ou uma urgência, o exame pode vir a ser realizado na Fleming.

A equipe da CPR é composta por: dezoito enfermeiras obstetras, oito técnicas de enfermagem, duas assistentes sociais, duas nutricionistas, duas residentes de “R1”⁵⁶ e “R2”⁵⁷. As pessoas que trabalham nos “serviços” gerais e que trabalham na cozinha são terceirizados. O esquema dos plantões da casa é de 24 hs, com dias fixos (40 hs semanais, 160 hs no mês), sendo com 3 enfermeiras de plantão, o que é considerado uma composição “apertada”⁵⁸. Segundo relatos, muitas técnicas de enfermagem da Casa tem dupla jornada, em outros hospitais e a maioria na maternidade de referência (Fleming), com isso acabam assistindo as mulheres, clientes da Casa também lá. As enfermeiras obstétricas da Casa foram selecionadas a partir de seleção interna da SMS (tendo com critério no mínimo cinco anos de experiência em sala de parto) e passaram por processo de treinamento e formação⁵⁹. A equipe da Casa também realiza capacitações para profissionais da rede SUS, como, por exemplo, profissionais dos núcleos de PSF.

A composição da estrutura física da Casa pode ser melhor compreendida com o auxílio dos registros fotográficos (Capítulo 4 e Anexo 2). Resumidamente, a partir da entrada principal da Casa, tem-se acesso a uma área de recepção com bancos em disposição circular e uma televisão (utilizada para exibição de vídeos institucionais e educativos). Ao fundo, uma mesa onde fica a recepcionista. À esquerda, nessa sala, ficam ainda uma grande sala (“Sala de grupo Vitória Pamplona”), onde ocorrem as atividades coletivas e um banheiro e, à direita, outras duas salas multi-uso. Após a recepção, tem-se acesso à sala da direção (“Sala de convivência Aurora Fadyinha”),

⁵⁶ Primeiro ano de residência em enfermagem obstétrica.

⁵⁷ Segundo ano de residência em enfermagem obstétrica.

⁵⁸ No dia de minha primeira visita ao serviço, ocorria um jogo no Brasil na Copa do Mundo, mas a casa estava aberta, mesmo sendo ponto facultativo no serviço público. Nesse dia, a agenda da casa tinha mais de 30 agendamentos de mulheres, entre grupos e consultas, mais ou atendimentos às intercorrências, consultas de puerpério e trabalhos de parto.

⁵⁹ Esse aspecto histórico é de grande importância para as profissionais da casa, foi recuperado em todas as entrevistas, como parte de suas trajetórias e da especificidade do processo de constituição da CP.

que é circundada pelos demais cômodos da CP. Os principais cômodos restantes são: as três suítes de parto com banheira para relaxamento e parto (“Suíte Nove Luas/Lua Nova Vania e Lúcia”, “Suíte Ceres Esther e Livia”, “Suíte Parteira Lourdinha”), a “Sala Cais do Parto Sueli Carvalho” (onde, são feitos, principalmente, exames e atendimentos de intercorrências, é uma sala um pouco diferenciada pois possui uma mesa obstétrica tradicional e berço aquecido, entre outros equipamentos), a sala de repouso das profissionais e a cozinha, entre outros. Interessante notar que algumas salas são batizadas com nomes de personalidades envolvidas com o contexto da humanização do parto, principalmente, do RJ.

Há um espaço, no corredor, que dá acesso às suítes de parto, onde está instalada uma mesa de apoio, na qual as profissionais passam longos períodos lendo prontuários e fichas de registro das gestantes assistidas e escrevendo nas mesmas (ver Anexo 2). O clássico “posto de enfermagem” não se verifica, não é ali reproduzido. O que mais se assemelha ao espaço referido acima, é um tipo de “bancada” aberta, ovalada, por onde circulam todos os profissionais, a clientela e outras pessoas que, por exemplo, por ali passam para ter acesso ao filtro de água. À frente desse local, se encontra também uma estante, onde ficam dispostos vários materiais da casa: livros dos grupos educativos, dos agendamentos nos grupos por mês, agenda de exames, de consultas, livro de depoimentos, pastas para consulta de materiais educativos voltados para gestantes e para os profissionais, entre outros. Nessas pastas, que servem para consulta dos profissionais e das gestantes, constam documentos que permitem conhecer um pouco mais do processo assistencial da Casa. Um detalhe interessante que pude observar, foi um prontuário criado para registrar as intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto: lá constam desde as intervenções “clássicas” (como episiotomia, indução com ocitocina, ocorrência de lacerações) até uso de rebozo⁶⁰, música e aromaterapia.

Por toda a Casa, se espalham elementos decorativos: pôsteres de campanhas educativas em saúde, murais de fotos, pôsteres de trabalhos científicos sobre a assistência na Casa, quadros figurativos diversos, cartazes produzidos nas oficinas coletivas, plantas, comunicados da casa às clientes, cortinas, entre outros. Toda essa ambiência, preparada pelos profissionais da Casa, a difere de uma unidade de saúde

⁶⁰ O rebozo é um pano muito utilizado pelas parteiras mexicanas como auxiliar em movimentos, principalmente, pélvicos, durante a gestação e o parto. O intercâmbio de parteiras mexicanas no Brasil, tem difundido essa e outras práticas e conhecimentos.

padrão, a caracterizando de forma bem semelhante a uma casa comum, habitada. Os recursos para essa produção são, em sua grande maioria, oriundos da cotização entre os funcionários ou doações, uma vez que não existe um financiamento público para esse tipo de “investimento” das unidades de saúde públicas.

Difícilmente é possível transmitir uma impressão viva, cheia de sensações, da forma como as vivemos, em um espaço tão curto para descrição e, ainda baseado em uma experiência bastante limitada. Entretanto, aquilo que considero um material essencial e interessante das vivências que tive durante o período de pesquisa na CPR, estará integrado aos resultados apresentados e discutidos, juntamente com o conteúdo oriundo das entrevistas em profundidade.

2.3 – Os sujeitos participantes

Para atingir o objetivo principal desta pesquisa, acessando os sentidos e conflitualidades que permeiam o cenário das CP autônomas do país, avaliei como fundamental integrar como sujeitos da pesquisa as enfermeiras obstétricas, que ocupam a centralidade do trabalho nesses locais. Além disso, julguei necessário também, para reconhecer o processo histórico das CP consideradas, incluir alguns outros atores que tivessem participado em momento decisivos de criação ou transição.

Sendo assim, a pesquisa teve ao todo trinta participantes, sendo que dezesseis compuseram o trabalho de campo relacionado à CPSS e quatorze deles o trabalho da CPR. Na CPSS, compuseram o grupo treze enfermeiras obstétricas da Casa, incluindo sua coordenadora e três outros atores: um médico obstetra muito atuante na história da obstetrícia no DF, que havia sido referido por algumas pessoas como o responsável pela criação da casa; uma enfermeira obstétrica, que havia coordenado a Casa, após sua transição para o modelo de assistência com enfermeiras; e, um atuante membro do Conselho Regional de Saúde de São Sebastião, portanto, um membro da comunidade. Na CPR compuseram o grupo quatorze enfermeiras obstétricas da Casa, incluindo suas duas coordenadoras.

O processo de definição das participantes não ocorreu *a priori*, mas, ao contrário, foi ocorrendo juntamente com o transcorrer da pesquisa, adequando, de um

lado, as condições permitidas pelos responsáveis institucionais e, de outro, minhas próprias condições de inserção no campo de pesquisa – como as necessidades de viagens, orçamento, disposição de tempo etc. Esse tipo de procedimento de seleção, chamado de “inclusão progressiva” por Suely Deslandes (1996) é característico das pesquisas de caráter qualitativo que, em geral, não se adequam a métodos probabilísticos.

Os treze participantes que representavam os profissionais da CPSS conformam a quase totalidade da equipe (cerca de 93%), formada por quatorze pessoas. A décima-quarta não foi entrevistada pois encontrava-se de licença-maternidade. Os participantes da CPR que fizeram parte do estudo representam cerca de 72% das enfermeiras obstétricas da Casa⁶¹. Entre os participantes da CPSS, encontram-se dois homens, enquanto que na CPR, o único homem que é parte do corpo da enfermagem obstétrica, não foi entrevistado, pela coincidência entre os plantões dos profissionais e os períodos em que realizei a pesquisa na casa.

Para qualificar um pouco mais o perfil dos participantes, juntamente com a assinatura do TCLE e do Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz – TAUISV, optei por solicitar o preenchimento de um pequeno formulário intitulado “Identificação da(o) Entrevistada(o)” (Apêndice 1), no qual constavam informações pessoais – nome, e-mail, telefones, data de nascimento, naturalidade –, algumas outras variáveis de classificação sócio-econômica – raça/cor, renda familiar mensal aproximada, estado civil – ou outras informações de interesse específico exploratório – se possui filhos, quantidade de filhos, local de moradia (cidade/bairro), instituição de formação superior e instituição de especialização. O quadro compilatório em que essas informações se encontram organizadas pode ser visto abaixo. Ressalta-se que todos os nomes próprios referidos na tabela e no texto desta tese são nomes fictícios, para proteger o anonimato das participantes da pesquisa.

⁶¹ Nesse cálculo, excluo uma das entrevistadas, por ser residente.

Quadro 1 – Informações das(os) entrevistadas(os)

PROFISSIONAL	Idade	Naturalidade	Raça/Cor	Sexo	Renda familiar	Estado Civil	Filhos	Bairro/Cidade	IS Formação	IS Especialização
Ana	41	Rio de Janeiro	–	F	20.000,00	Casada(o)	2	Lago Sul/condomínios	UFF	UnB
Júlia	30	Distrito Federal	Parda	F	15.000,00	Casada(o)	0	Núcleo Bandeirante/Metropolitana	UnB	Fepecs
Rosa	28	Bahia	Parda	F	10.000,00	Casada(o)	1	Águas Claras	UnB	Fepecs/HRAS
Letícia	34	Piauí	Branca	F	13.000,00	Casada(o)	2	Guará II	UnB	Obstetrícia (?)
Lidiane	40	Distrito Federal	Negra	F	8.000,00	Divorciada(o)	1	Guará	UnB	UnB
Luciana	31	Distrito Federal	Branca	F	12.000,00	Casada(o)	0	Lago Norte	UnB	SES-DF
Fernando	50	Piauí	Negra	M	12.000,00	Solteira(o)	0	Núcleo Bandeirante	PUC - GO	USP
Elisa	52	Goiás	Branca	F	6.000,00	Casada(o)	2	Vila João Vaz – Goiânia, GO	PUC - GO	UFG - GO
Beth	34	Distrito Federal	Parda	F	–	Solteira(o)	2	Cruzeiro DF	Faculdade JK	UnB
Jovelina	32	Bahia	Branca	F	7.000,00	Solteira(o)	1	Vila Planalto	UFMS	Posgrad
Joana	34	Paraíba	Branca	F	12.000,00	Solteira(o)	0	Asa Sul	UEPB	Fepecs
Ricardo	32	Distrito Federal	Branca	M	12.000,00	Solteira(o)	0	Águas Claras	UnB	ABENFO Nacional
Madalena	38	Distrito Federal	Parda	F	10.000,00	Casada(o)	3	Núcleo Bandeirante	UnB	UnB e UNIEURO
Breno	70	Alagoas	Branca	M	17.000,00	Casada(o)	3	Lago Sul	UFPE	HMIB
Adriana	59	Paraíba	Parda	F	25.000,00	Casada(o)	2	Asa Norte	UnB	ABENFO /UnIP
Bruno	62	Minas Gerais	Negra	M	6.000,00	Casada(o)	3	São Sebastião	–	–
Leandra	42	Rio de Janeiro	Parda	F	13.000,00	Casada(o)	1	Vila Valqueire	UNIRIO	UERJ
Helena	48	Brasil	Branca	F	5.000,00	Solteira(o)	3	Tijuca	UFRJ	UBM
Núbia	45	Rio de Janeiro	Negra	F	10.000,00	Divorciada(o)	3	Guadalupe	UFFRJ	UERJ
Aída	44	Rio de Janeiro	Negra	F	–	Casada(o)	0	Bento Ribeiro	UERJ	UERJ
Carmem	47	Rio de Janeiro	Negra	F	8.000,00	Divorciada(o)	1	Jacarepaguá	UGF	UERJ
Mara	50	Rio de Janeiro	Negra	F	15.000,00	Solteira(o)	0	Jacarepaguá	UERJ	UERJ
Laura	40	Rio de Janeiro	Branca	F	5.000,00	Solteira(o)	0	Vila Isabel	UERJ	UERJ
Tatiana	45	Rio de Janeiro	Negra	F	6.000,00	Solteira(o)	1	Vila Valqueire	UERJ	UERJ
Raquel	39	Rio de Janeiro	Branca	F	10.000,00	Casada(o)	1	Jacarepaguá	UNIRIO	UNIRIO e UERJ
Miriam	0	Rio de Janeiro	Parda	F	8.000,00	União Consensual	0	Taquara	UERJ	UERJ
Paula	34	Rio de Janeiro	Branca	F	5.000,00	Solteira(o)	1	Vila da Penha	UFRJ	UERJ
Daniela	26	Rio de Janeiro	Branca	F	4.000,00	Casada(o)	1	Higienópolis	UERJ	UERJ SMSDC-RJ
Francisca	47	Rio de Janeiro	Parda	F	6.000,00	Casada(o)	2	Pavuna	UNIRIO	UERJ
Teresa	40	Rio de Janeiro	Parda	F	4.000,00	Separada judicialmente	2	Piedade	UNIRIO	UERJ UFRJ

Fonte: Pesquisa de Campo

Em virtude de um número reduzido de participantes, não cabe aqui realizar explorações estatísticas e as informações, também por esse motivo, não podem originar generalizações. Entretanto, destaco quatro aspectos que chamam atenção: a naturalidade das pessoas da CPSS ser mais diversa, o que pode ser de certa forma esperado, pelas características de mobilidade urbana da cidade, o grande número de pessoas negras entre os profissionais (dezessete se auto declararam de raça/cor negra e treze se autodeclararam brancos⁶²), a baixa média de filhos (cerca de 1, 3 filhos), que fica ainda abaixo da taxa de fecundidade estimada para o país, de 1,90 filhos/mulher (BRASIL, 2012) e a alta renda média das participantes – calculou-se uma renda média total de R\$ 8.923, 08, uma renda média de R\$9.785, 71 para as participantes do DF e uma renda média de R\$ 7.916,67 para as participantes do RJ⁶³. Com base nessas informações, é possível apontar que as profissionais participantes da pesquisa parecem possuir, apesar de uma composição heterogênea, um pertencimento de classe mais próximo à classe média alta, o que vai de encontro com algumas impressões que depreende-se dos depoimentos e trajetórias profissionais, por se tratarem, muitas vezes, de profissionais com alto nível educacional (pós-graduação, mestrado, por exemplo), experiências internacionais e de intercâmbio e mobilidade pelo país.

2.3.1 – Procedimentos de coleta de informações: a condução das entrevistas em profundidade

O procedimento de coleta de informações utilizado neste estudo foi, fundamentalmente, a entrevista semi-estruturada, escolhida de acordo com o caráter qualitativo anteriormente definido como adequado ao problema estudado. Entretanto, como citado acima, na descrição das instituições pesquisadas, também houve

⁶²As categorias indicadas pelos entrevistados, em autotaxação, foram: branco, negro, preta, pardo. As categorias preto e pardo foram agregadas a categoria negra segundo os critérios do IBGE, de justificação tanto estatística quanto teórica (Osório, 2003). Uma pessoa não preencheu essa informação.

⁶³Para realização desses cálculos, foram excluídos as pessoas que não compunham os quadros de profissionais das instituições, a saber: Breno, Adriana e Bruno, da CPSS, e Daniela, residente na CPR. Além desses, duas pessoas (uma em cada CP) não incluíram a informação de renda nos formulários.

oportunidade de realizar pequenas e limitadas observações, que geraram registros em cadernos de campo, posteriormente consultados.

As entrevistas foram realizadas, sem exceções, no ambiente de trabalho dos participantes, ou seja, nas casas de parto, no hospital (no caso da enfermeira e do médico que não tinham mais ligação formal com a CPSS) e na sede do Conselho de Saúde de São Sebastião. Embora essa condição potencialmente possa interferir nos resultados finais, observou-se que não houve constrangimentos e embaraços. Algumas entrevistas ocorreram em salas particulares, geralmente para aquelas/es que possuíam cargo administrativo, e salas de repouso, as demais, nas próprias suítes de parto e/ou de consultas. Entretanto, essa é uma das condições inerentes a pesquisa qualitativa, a condição de interação necessária com o participante e as condições colocadas pelo ambiente em que está inserido.

Também não houve problemas em relação à disponibilidade de tempo, os profissionais todos se mostraram interessados em participar da pesquisa e/ou confortáveis com a mesma, dispondo de tempo sem restrições. Ao contrário, muito se disponibilizaram a contatos posteriores. Houve também uma certa empatia com entre pesquisadora-pesquisados, o que acredito ter sido influência de minhas inserções profissionais, de militância e minha própria vida pessoal. Em muitas ocasiões, fui questionada sobre o fato de ter filhos e como teria ocorrido meus partos. Assim, o fato de ser mãe e ter experienciado partos naturais pode ter sido um fator influente na relação empática com os participantes.

Em todas as entrevistas, procurou-se seguir preceitos como os adotados por Bourdieu (citados no capítulo *Comprende*, da obra *La Misère du Monde*) e compilados por Boni e Quaresma (2005), tais como: falar a mesma língua da/o pesquisada/o evitando a violência simbólica, não intervir negativamente durante a entrevista, mas enviar constantes sinais de entendimento e estímulo e demonstrar atenção para com a auto-análise provocada pela entrevista (às vezes acarretando na oportunidade da/o entrevistada/o suprir carências emocionais), considerando-a uma dimensão singular da vida emocional de cada participante da pesquisa. Em ao menos uma entrevista, essa condição foi manifestada explicitamente pelo participante:

“Ah! Eu é que agradeço até pela... até pela oportunidade de externar, né?! Porque muita coisa, a gente vê, né?!... E que não... não consegue passar, né?! E numa entrevista você, às vezes, até desabafa... Porque eu falei coisas até dos anos 70.” (Bruno, representante do Conselho de Saúde, DF)

A proximidade na relação entrevistador-entrevistado é, portanto, uma condição necessária ao aprofundamento, ao estabelecimento de uma afinidade produtora de intersubjetividade, ou, nos dizeres de Bourdieu que permitem que o pesquisador acesse a “verdade” do entrevistado:

O sociólogo pode ajudá-las nesse trabalho, à maneira de um parteiro, sob a condição de possuir um conhecimento aprofundado das condições de existência de que são o produto e dos efeitos sociais que a relação de pesquisa e, através desta, suas posições e suas disposições primárias podem exercer. Mas o desejo de descobrir a verdade, que é constitutivo da intenção científica, fica totalmente desprovido de eficácia prática se ele não é atualizado sob a forma de uma “profissão” [métier], produto incorporado de todas as pesquisas anteriores que não tem nada de um saber abstrato e puramente intelectual: essa profissão é uma verdadeira “disposição a perseguir a verdade” (*hexis tou alêtheuein*, como diz Aristóteles na *Metafísica*) que leva a improvisar na hora, na urgência da situação de entrevista, as estratégias de apresentação de si e as respostas adaptadas, as provações e as perguntas oportunas, etc., de maneira a ajudar o pesquisado a dar a sua verdade ou, melhor, a se livrar da sua verdade (Bourdieu, 1993: 919).

Essa passagem também corrobora a necessidade de adaptação característica da entrevista em profundidade, principalmente, naquelas de roteiro semi-estruturado, como o utilizado nessa pesquisa. Com esse tipo de instrumento, pode-se alterar os enunciados das questões, provocar idas e vindas, alterar seu ordenamento, suprimir questionamentos de antemão respondidos, interligar assuntos discursivamente entrelaçados. Isso se fez necessário em muitos momentos no processo dessa pesquisa com o intuito, também, de tornar a ocasião próxima a uma conversa. O roteiro básico utilizado, se encontra no Apêndice 2 e era composto das seguintes questões:

- Quem é a profissional “fulana”? (Apresentar brevemente sua trajetória e seu envolvimento com a Casa de Parto);
- Fale um pouco, por favor, da história da Casa de Parto;
- Quais são as atividades que a Casa de Parto pode oferecer para as mulheres e suas famílias?
- Como podemos fazer um resumo da filosofia de trabalho nas Casas de Parto?
- Qual é a diferença entre o trabalho do médico obstetra e da enfermeira obstetra?
- Em sua consideração, que dificuldades a Casa de Parto enfrenta? (no caso dos

CPNs que enfrentaram processos de fechamento, explorar esse tópico)

- Quais são as dificuldades que as enfermeiras obstetras sentem/enfrentam em seu trabalho?
- Como você pensa que as mulheres da região vêem as Casas de Parto, isto é, qual é a recepção das mulheres?
- O que podemos imaginar sobre o futuro das Casas de Parto? E sobre o futuro das enfermeiras obstetras?

Esse roteiro foi adaptado para o caso das entrevistas com os outros participantes da CPSS, bem como para as enfermeiras obstétricas coordenadoras dos serviços. Todos os participantes assinaram o TCLE, no Apêndice 3, e o TAUISV, no Apêndice 4, exigidos pelo CEP⁶⁴.

2.3.2 – Procedimentos de análise: pressupostos de uma análise dos discursos

As entrevistas em profundidade realizadas foram, sem exceção, registradas em gravação de áudio e, em sua maioria, transcritas literalmente em todo o seu conteúdo. As demais, cerca de 37%, tiveram apenas seus trechos mais significativos transcritos. Essa foi uma primeira forma de buscar a organização do conjunto de informações coletadas no trabalho de campo, mas, de alguma forma, já orientada segundo uma leitura daquilo que se buscou neste trabalho, isto é, acessar o discurso das profissionais, notadamente, as enfermeiras obstétricas acerca de suas práticas, saberes e vivências no âmbito das CP.

Entende-se aqui, o discurso como aquilo que se produz na conjugação entre os signos e significantes linguísticos, e a relação que esses estabelecem com os sujeitos/atores no mundo social, permeado pela cultura e pelas relações sociais de poder, entre e com instituições, grupos e relações identitárias, por exemplo (Melo, 2009; Rocha e Deusdará, 2005; Orlandi, 2001; Minayo, 2000). Esse é um ponto de partida importante de ser definido, frente às polêmicas que se estabelecem entre dois procedimentos de análise comumente utilizados pelos cientistas sociais – a análise de

⁶⁴ Questões caras ao debate sobre a assistência obstétrica, como a questão da cesariana – cabe relembra, não realizadas no domínio das CP – e outros procedimentos específicos não foram abordados diretamente.

conteúdo e a análise de discurso – e seus distintos enraizamentos teóricos, seja a linguística, a psicologia, a filosofia ou as abordagens sociológicas (Melo, 2009; Rocha e Deusdará, 2005; Capelle et al, 2003).

Para além de uma polarização entre a análise de conteúdo e a análise de discurso, é importante, entretanto, estabelecer a distinção entre ambos e reconhecer que podem ser abordados conjuntamente (Lima, 2003; Orlandi, 2001). Um dos autores mais lembrados e utilizados em referência à análise de conteúdo é Bardin, que a define como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (Bardin, 1979:42).

Assim, a análise de conteúdo está centrada nos conteúdos da linguagem, retirando os sentidos dos significantes da palavra (Lima, 2003), parte-se da exterioridade para o texto. Entretanto, na perspectiva da análise do discurso, a linguagem é entendida como prática social e, nesse sentido, qualquer mensagem, e conteúdo, ao instalar-se no mundo de significados cultural e social, instala-se também, como diria Foucault (2002), no jogo pelo poder de verdade. Nesse sentido, o discurso pode ser entendido como algo que transcende o conteúdo, representando o que está “em jogo” nas disposições disputadas nos campos. Grosseiramente, pode-se dizer que o discurso seria o conteúdo *mise en scène*, sendo o produto da linguagem atuando como parte dinâmica da cultura e do social. A análise do discurso, como considera Maria Emília Lima (2003) não considera a linguagem transparente, importando mais o “como” do que o sentido do “quê” é comunicado e além disso a compreensão só se estabelece a partir dos sentidos e, não, a partir das palavras.

Nesse entendimento, coloca-se também a perspectiva bourdiesiana de que é necessário fugir ao objetivismo abstrato, imposto a uma leitura conteudista da palavra. Para Bourdieu (1983), não existe uma autonomia da “competência linguística”. A linguagem é sobretudo uma *praxis*, muito além das propriedades comunicativas da palavra. Manifesta na fala, efetua sua localização e comunica sua adequação social. Assim, não é a coerência gramatical e mesmo semântica, mas a adaptação situacional em que a gramática e a semântica conjugam o simbólico ao mundo da vida prática que, de fato, importa a uma análise dos discursos. Nas palavras

do autor: “Compreender não é reconhecer um sentido invariante, mas apreender a singularidade de uma forma que só existe num contexto particular.” (Bourdieu, 1983, p. 4).

Nesse sentido, importa buscar a partir da análise dos discursos uma competência da palavra posta em situação, uma competência da situação ou competência prática, como quer Bourdieu. Tarefa essa que implica em explicitar, não apenas o que é falado, mas “quem pode falar”, direcionado “a quem” e de qual forma, “como”. Para tanto, é necessário conhecer as condições de constituição dos grupos que compõem a análise em questão, saber como esses grupos funcionam para poder perceber o que é dito, o que pode e o que não pode ser dito, como essas dinâmicas se colocam em relação aos interlocutores e como esses processos estão dispostos. Daí a necessidade permanente de articulação com a análise teórica, pois é somente a partir dessa leitura minuciosa que pode surgir alguma possibilidade de interpretação, o que se manifesta claramente na própria interpretação que Bourdieu enuncia em dois trechos significativos:

Para sermos breves, podemos dizer que a crítica sociológica submete os conceitos lingüísticos a um tríplice deslocamento, substituindo: a noção de *gramaticalidade* pela de *aceitabilidade* ou, se quisermos, a noção de língua pela noção de língua legítima; as *relações de comunicação* (ou de interação simbólica) pelas *relações de força simbólica* e, ao mesmo tempo, a questão do *sentido* do discurso pela questão do *valor* e do poder do discurso; enfim e correlativamente, a competência propriamente lingüística pelo *capital simbólico*, inseparável da posição de locutor na estrutura social. (Bourdieu, 1983, p. 2).

A verdade da relação de comunicação nunca está inteiramente no discurso, nem mesmo nas relações de comunicação; uma verdadeira ciência do discurso deve buscá-la no discurso, mas também fora dele, nas condições sociais de produção e de reprodução dos produtores e receptores e da relação entre eles (...). (Bourdieu, 1983, p. 7)

Assim, cabe reconhecer que há uma relação de força simbólica entre os interlocutores que, no sentido do trabalho de investigação sociológica, cabe ao investigador buscar elucidar mas, igualmente, não deixar de perceber que entre ele próprio e aquele que é pesquisado também se estabelecem relações do mesmo tipo, cabendo a ele clarificá-las. Nesse sentido a capacidade de “ler” a realidade social e cultural, analisando os discursos que a permeiam, está também fundamentada em uma capacidade de “escuta”. Como afirma Bourdieu, “Escutar é crer.” (Bourdieu, 1983, p. 4). Porém, essa escuta é qualificada também pelo “se fazer escutar”, pois o diálogo coloca em questão uma intersubjetividade reflexiva, que reconhece a existência de um

poder de fala inerente. Assim, considera-se necessário crer na escuta mas, ao mesmo tempo, duvidar da mesma.

Levando todos esses elementos em consideração, a análise de discurso realizada nesta pesquisa, partiu de múltiplas leituras do material resultante das transcrições realizadas. Procedeu-se a dois processos principais de leitura-escuta: uma primeira análise a partir das categorias temáticas significativas que surgiam como resposta para cada questão do roteiro de entrevistas, tendo em vista sua homogeneidade e diferenciação, originando um processo de categorização, e uma segunda análise temática, caracterizada pela busca de “unidades de contexto” segundo elementos teóricos trabalhados durante a pesquisa e considerados fundamentais, enquanto geradores de unidade para o corpo da tese – são esses os conteúdos referentes: a) à humanização de partos e nascimentos, b) à relação das profissionais entrevistadas com as mulheres assistidas, c) ao conhecimento autoritativo e, d) ao território social do parto. Os resultados dessa análise serão descritos nos capítulos a seguir, ao mesmo tempo em que serão discutidos em relação ao referencial teórico da tese. As falas dos participantes da pesquisa serão citadas em *itálico*, para sua melhor visualização e os participantes identificados segundo os códigos apresentados no quadro de sistematização de sua caracterização.

Capítulo 3 – O campo da assistência ao parto

“(...) as mulheres, frequentemente, apagam delas mesmas as marcas que adquiriram dos passos que deram no mundo, como se deixá-las transparecer fosse uma ofensa à ordem.”

Michelle Perrot⁶⁵

3.1 – Mapeando discursos e tensões no campo da assistência obstétrica

No primeiro capítulo vimos como o processo de medicalização é um fenômeno ligado à modernidade, exploramos o contexto no qual se estabeleceu enquanto uma forma hegemônica de conceber e manipular significados e práticas relacionadas à saúde e a doença na contemporaneidade e buscamos compreender suas principais características. Especialmente, buscou-se expor como a medicalização incide sobre as formas tipicamente contemporâneas e ocidentais de compreender e tratar o parto e o nascimento. No final do capítulo foram expostos alguns elementos para buscar entender como ocorrem a maior parte dos partos e nascimentos no Brasil. Para abrir a discussão que será proposta nesse capítulo, centrado na reflexão sobre os fragmentos históricos que constituíram o campo da assistência obstétrica brasileira (para que seja possível compreender como aí surgem as Casas de Parto) é importante primeiro tecer algumas considerações sobre conceitos fundamentais, que serão ferramentas para compreender discursos, tensões, disputas, pontos de convergência e divergência, hegemonias e contra-hegemonias entre os sujeitos implicados.

A noção de campo, na concepção bourdieusiana, é um marco fundamental. Bourdieu atrela sua concepção de *campo*, principalmente, às noções de *espaço social*, *habitus* e *capital*. O espaço social, visto a partir de uma interpretação relacional da sociedade, refere-se à representação do mundo social como um espaço pluridimensional baseado em princípios de diferenciação e distribuição a partir das

⁶⁵ PERROT, Michelle. Práticas da Memória Feminina. A Mulher e o espaço público, Revista Brasileira de História 18, ANPUH/Marco Zero, 1989, p.12.

propriedades que nele atuam, como produtoras de força e poder (Bourdieu, 1996; 2000).

É no espaço social que se manifesta o *habitus*, definido como o operador e princípio gerador das práticas sociais, produto de necessidades objetivas (*modos operandi*), expressado por meio de preferências sistemáticas (*opus operantum*), manifestado por um conjunto de elementos simbólicos unificados pelo gosto, que pode ser objetivado por meio de propriedades e práticas. (Bourdieu, 1983; 2008). Os capitais, por sua vez, são colocados como propriedades que compõem a distribuição das legitimidades incorporadas nos diferentes *habitus* dos grupos ou campos sociais, conferindo ao social a visão de realidade, que é elemento necessário à afirmação e manutenção das práticas sociais engendradas no espaço social. (Bourdieu, 1996; 2000.). Nesse arranjo conceitual, a ideia de campo surge como configurações específicas que aglutinam os diferentes tipos de capital (capital econômico, cultural, simbólico), em torno de configurações relacionais de pessoas e grupos sociais.

O campo da obstetrícia considerado central nessa pesquisa, engloba diferentes atores, profissionais, especialistas, com formação nos sistemas formais de ensino, e outros que compõem o “cuidado não-oficial”⁶⁶. Todos esses, entretanto, podem ser considerados como os “agentes de saúde”⁶⁷, engajados na produção e reprodução das práticas e saberes, engendrando as relações sociais e a teia de significados em torno do cuidado obstétrico contemporâneo.

O *campo* é sempre constituído a partir de um objeto de disputa e pessoas dispostas a entrar nesse jogo, com interesses em comum (Bourdieu, 1983b, p. 89-91). Os antagonistas, entretanto, são cúmplices na reprodução do jogo “contribuindo (...) para produzir a crença no valor do que está sendo disputado” (1983b, p. 91). Na disputa que ocorre no interior dos campos identificam-se os *habitus*, ligados aos tipos de capitais ali presentes. “As espécies de capital, à maneira dos trunfos num jogo, são os poderes que definem as probabilidades de ganho num campo determinado” (2000, p. 134). Assim, o espaço social deve ser analisado a partir da lógica específica que rege seu “jogo” pelo monopólio do real, o que implica necessariamente em uma visão desse jogo numa relação constantemente disputada entre atores no interior do próprio campo e com atores de outros campos.

⁶⁶ Expressão utilizada por Soraya Fleischer (2009).

⁶⁷ Noção apresentada por Arthur Kleinman (1980). No inglês, *healers*.

Os campos estão inseridos no espaço social e são atravessado por três dimensões:

“na primeira dimensão, os agentes se distribuem de acordo com o volume do capital global possuído, aí incluídos todos os tipos; na segunda, de acordo com a estrutura desse capital, isto é, de acordo com o peso relativo do capital econômico e do capital cultural no conjunto de seu patrimônio; na terceira, de acordo com a evolução, no tempo, do volume e da estrutura de seu capital.” (1996, p. 30).

Considerar a historicidade na constituição dos campos é elemento absolutamente necessário para sua compreensão. Nesse sentido, busca-se entender como as especialidades engendram aquilo que Foucault chamou de produção da verdade, entendida como “conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados” (Foucault, 2002, p. 14), fundamentalmente ligada ao poder.

Outro elemento importante para análise do conteúdo simbólico no interior dos campos são as operações classificatórias, produzidas pelos *habitus*, a partir de sistemas de classificações de práticas e julgamentos classificadores objetivos (Bourdieu, 2008). Aqui também entram em jogo os julgamentos de verdade do campo, devendo ser considerado aquilo que para seus atores é ou não válido, é ou não aceitável, e suas justificativas. Quando coloca-se em perspectiva as diferentes visões dos atores de um campo, se pode vislumbrar em que pontos tornam-se conflituais.

Os conflitos, colocados na ordinariedade da vida, podem ser produtores de unidade social e são fundamentais nos processos de mudança (Simmel, 1983; Birnbaum, 1995)⁶⁸. Para Simmel (1983, p. 122): “Se toda interação de homens é uma sociação, o conflito (...) deve ser certamente considerado uma sociação. (...) está destinado a solucionar dualismos divergentes; é um modo de conseguir algum tipo de unidade, ainda que através da aniquilação de uma das partes conflitantes”. O conflito, nesse sentido, é uma força integradora, de sociação e produção do sentido de comunidade, para a “personalidade” das partes, dos grupos que, mesmo internamente, podem apresentar correntes convergentes e divergentes⁶⁹.

⁶⁸ A abordagem relacional de Weber e o interacionismo de Simmel contribuíram definitivamente para a construção desse olhar diferenciado sobre os conflitos.

⁶⁹ A análise dos conflitos constitui um problema dos mais clássicos nas ciências sociais, particularmente na sociologia. O conflito, na acepção mais simples do vocábulo, definido como

Assim, é preciso compreender como nos campos em análise, se colocam as dinâmicas do conflito, se este tem uma unicidade ou se desmembram, se envolvem elementos de cooperação, que tipo de pressupostos e “*doxas*”, estão conformadas e, à maneira de regras (Bourdieu, 2008), se apresentam. É necessário também analisar como se produzem as manifestações da força, as tentativas de domínio da legitimidade do campo e inclusive, se produzem manifestações de violência e como esta pode vir a ser engendrada.

Alguns estudos, por exemplo, vem apontando a existência de conflitos entre profissionais médicos e não-médicos no campo da assistência obstétrica brasileira (Rattner, 2009; Riesco et al, 2009; Hoga, 2004; Angulo-Tuesta et al, 2003; Progianti, 2004), que pode se manifestar seja em ações pontuais no interior dos hospitais (Angulo-Tuesta et al, 2003), seja por articulações de entidades de classe ou outros movimentos organizados, ações políticas e legais (Rattner, 2009; Riesco et al, 2009; Hoga, 2004; Angulo-Tuesta et al, 2003; Progianti, 2004). No interior dos hospitais e locais onde a assistência ocorre, autoras pontuam, por exemplo, a discriminação em relação a parteiras (Rattner, 2009) cujas indicações clínicas, identificações de intercorrências, urgências e emergências são desqualificadas, além de serem frequentemente impedidas de adentrar as maternidades para permanecer como acompanhantes das mulheres. A partir de uma análise de escopo mais alargado, são apontados, por exemplo: publicações de catedráticos e ações de associações médicas como focos de resistência às mudanças (Rattner, 2009) e a existência de relações hierárquicas no modelo piramidal – no topo, a medicina, como camada intermediária, a enfermagem e, por último as parteiras – em que ocorre um processo de desqualificação que se repete de uma profissão ou ofício à outra (Progianti, 2004).

Internacionalmente, também alguns casos de conflitos entre classes profissionais nesse campo tem se tornado conhecidos. São casos de parteiras presas, ameaçadas, cassadas e de mulheres que se recusam a fazer cesarianas ordenadas

contradição, oposição ou luta entre princípios, propostas ou atitudes (Abbagnano, 1999) está presente na vida social e política, nos processos de socialização, entre instituições. Na medida em que envolve opositores, “rivals”, disputa-se algo (status, poder, recursos escassos) e inicia um processo que gera consequências entre os atores, como a eliminação dos mesmos, sua neutralização ou alguma forma de prejuízo (Silva, 1986). A despeito de sua centralidade – “a oposição entre conflito e ordem se inscreve no próprio fundamento do sistema social” (Birnbaum, 1995, p. 247) – configura-se em um conceito de grande complexidade e variabilidade extrema (Boudon, 1993), suscitando, em virtude disso, a necessidade de contextualização empírica. Sendo fundamentado por variadas teorias, desde as influenciadas pelo darwinismo social (Birnbaum, 1995), até baseadas nas teorias dos jogos (Boudon, 1993), envolve frequentemente antinomias clássicas.

judicialmente (Davis-Floyd e Sargent, 1997). Cesarianas ordenadas são conhecidas, ao menos, nos Estados Unidos, são casos nos quais, por exemplo, mulheres que querem parir em casa ou se recusam a realizar cesarianas são acusadas judicialmente de maus tratos, antes mesmo do nascimento⁷⁰.

Se os conflitos são parte inerente dos campos, também as conciliações se fazem presentes e fundantes, mesmo entre os diferentes atores que os compõem, (como mais adiante, os apontamentos históricos mostrarão). Nesse sentido, é fundamental analisar como no interior dos campos, se constituem comunidades de práticas, por meio da construção coletiva do chamado “*authoritative knowledge*” ou, em tradução livre, conhecimento autoritativo⁷¹. Segundo Brigitte Jordan,

“Em qualquer domínio, muitos sistemas de conhecimento existem e, alguns deles, por consenso, vem carregar mais peso que outros, seja por explicar o estado do mundo melhor para os propósitos em questão (eficácia), seja por estarem associados com uma base de poder mais forte (superioridade estrutural), e usualmente ambos.” (1997, p. 56)

Assim, esses sistemas de conhecimento que ganham maior peso, se tornam os “(...) conhecimentos que contam, base a partir da qual as decisões e ações são tomadas.” (Davis-Floyd e Sargent, 1997, p. 4), são os tipos de conhecimento que ganham ascendência e legitimidade. Enquanto o conhecimento autoritativo é legitimado, em geral, os outros sistemas de conhecimento são desvalorizados e dispensados, mas o contato entre diferentes sistemas pode gerar conflito ou colaboração. Como acrescenta Brigitte Jordan, “(...) sistemas de conhecimentos paralelos existem e as pessoas se movem facilmente entre eles, usando-os sequencialmente ou em maneira paralela para seus propósitos particulares.” (1997, p. 56). Entretanto, aqueles que se apropriam dos sistemas alternativos são, comumente,

⁷⁰ Robbie Davis-Floyd e Carolyn Sargent (1997) comentam os ataques contemporâneos ao modelo de atendimento com parteiras, ressaltando que nos Estados Unidos, as práticas vem ficando mais ligadas à tecnologia biomédica e na Europa as parteiras vem perdendo sua autonomia. Recentemente, um caso de perda de autonomia, de uma parteira húngara que realizava partos domiciliares, Ágnes Graeb, ganhou fama internacional com o filme *Freedom for Birth*.

⁷¹ Esse conceito vem se tornando fundamental nas análises de cientistas sociais em temáticas relacionadas ao campo da assistência obstétrica, tendo sido proposto pela antropóloga Brigitte Jordan, colocada como Robbie Davis-Floyd e Carolyn Sargent (1997) como “parteira” da antropologia do parto.

vistos como ignorantes, ingênuos, desajustados e seus argumentos, quando em negociação, são julgados como irrelevantes, infundados e não eficientes. E é por meio dessa desvalorização de outros sistemas de conhecimentos que estruturas de conhecimento hierárquicas são geradas e dispostas, compondo, por meio desse processo, o sistema que é reconhecido como aquele “que conta”, entendido enquanto o único ou o mais legítimo e naturalizado enquanto tal, sendo essa a base de seu poder. O estabelecimento de um sistema de conhecimento como autoritativo é

“(...) um processo contínuo que ao mesmo tempo constrói e reflete as relações de poder em um “comunidade de práticas”. Ele o faz de uma maneira na qual todos os participantes come to see the current social order as a natural order, that is, the way things (obviously) are.” (Jordan, 1997, p. 56).

Em relação aos conhecimentos presentes nos sistemas, não está em questão sua veracidade ou fidedignidade, o fato de serem corretos ou não. É independente do seu próprio “conteúdo”, que um sistema de conhecimentos se torna autoritativo. O conhecimento “correto” não está em questão, por exemplo, no campo da assistência obstétrica, em cesarianas ordenadas judicialmente, na realização de intervenções obstétricas e em processos judiciais de fechamento de Casas de Parto. Apesar da eficácia também estar em jogo, não é ela que determina o reconhecimento, mas sim a credibilidade (*accountability*) que os conhecimentos adquirem na comunidade de práticas, que se produz e reproduz à medida em que produz e reproduz seus conhecimentos autoritativos, sua versão de uma determinada parcela da realidade, sua forma de manipular os sentidos. Assim, o conhecimento autoritativo é interativamente fundado, e não pode ser caracterizado como uma coisa que se tem, mas sim, um estado colaborativamente atingido dentro de uma comunidade de práticas. O conhecimento autoritativo tampouco é o conhecimento de pessoas em situação de autoridade, mas tem a ver com o que leva pessoas a terem autoridade, construída de forma compartilhada com os outros membros.

O que conta, o que vale, é exposto de maneiras específicas aos outros e é adaptado de acordo com as situações, pois a validade do conhecimento depende do *setting*, também podendo apresentar diferentes formas de distribuição, mais ou menos verticais ou horizontais, por exemplo. Em alguns contextos da assistência obstétrica, por exemplo, contarão as decisões estritamente médicas e ligadas à técnicas de

intervenção, em outros, contarão decisões de parteiras baseadas na intuição, em outros, ainda, as decisões tomadas terão por base um colegiado e um balanceamento entre diferentes sujeitos, incluindo a própria mulher, e diferentes sistemas de conhecimento. O conhecimento é socialmente sancionado, legitimando inferências e ações, juízos e práticas, adquirindo um poder de persuasão que, muitas vezes, não é sequer percebido. Daí, a dificuldade de desconstrução do conhecimento autoritativo, pois sua aparência está ligada ao natural, razoável e consensual, sendo assim, inimaginável, para a maior parte das pessoas, contestá-lo, o que dificulta o acontecimento de mudanças no campo em questão. E para além da dificuldade de mudanças, permite que o sistema de conhecimento autoritativo carregue a possibilidade de realizar fortes sanções, desde a exclusão social, perante o grupo, ou até mesmo à coerção física. No campo da assistência obstétrica, isso frequentemente se manifesta em situações de violência verbal, física e simbólica, como a partir das interjeições punitivas e repressoras na fala de profissionais, na manipulação excessiva e desrespeitosa do corpo das mulheres e na negação das parturientes enquanto sujeitos. Essas situações de violência muitas vezes sequer são percebidas pelas mulheres, sendo ao contrário, tidas como parte do processo de parir, dentro da normalidade e naturalidade de um parto (Nonato, 2007), o se deve ao fato de que geralmente, as pessoas não só aceitam o conhecimento autoritativo, mas inconscientemente estão engajados na sua rotina de produção e reprodução. No caso, por exemplo, das práticas médicas realizadas no decurso da assistência ao parto, as mesmas estão sendo acessadas e reproduzidas desde o acompanhamento pré-natal.

Portanto, o estabelecimento dos campos envolve atores específicos em disputa pela manipulação de significados em torno de um objeto, também manifestando uma constante necessidade de “equalização” entre sistemas de conhecimento, pela definição de um sistema enquanto autoritativo, colocando em jogo sua racionalidade e sua moralidade. Os movimentos em torno dessa equalização paulatinamente constituem a historicidade do campo, sendo sempre necessário recorrer à mesma para compreender o estado atual das coisas e os significados que exprimem.

3.2 – Um olhar histórico

É necessário buscar uma leitura histórica mais aprofundada sobre os partos e nascimentos para assim, melhor compreender como se estabelece o campo da assistência obstétrica. Não terei a intenção de construir uma história absolutamente linear e definitiva. Ao contrário, assumo que o olhar que será lançado sobre a história dos partos e nascimentos é uma parte da história, vista a partir de uma leitura dentro de outras possíveis. Com isso, pretendo construir a ideia de que, por mais que reconheçamos um processo hegemônico, com todas as determinações que impõem sobre instituições e pessoas, é importante também reconhecer a existência de uma diversidade temporal e espacial de concepções e práticas que, em última análise, está intrinsecamente relacionada ao objeto principal dessa tese (a forma pelo qual vem se dando e significando o nascimento nas Casas de Parto brasileiras autônomas).

Apesar da inegável hegemonia do parto medicalizado na contemporaneidade, parto e nascimento são constituídos da imprevisibilidade e da diversidade: podem ocorrer com a participação de diferentes pessoas no cenário (parentela, parteiras, acompanhantes de vários tipos, médicos, enfermeiras, doulas e outros profissionais), em locais diversos (domicílio, maternidades, hospitais, entre outros) e com auxílio de diferentes utensílios (tesouras para corte de cordão, fórceps, bisturis, banquetas, redes e panos para apoio vertical, etc.), em posições diferenciadas (de cócoras, em posição de cócoras, verticalmente, em posição de litotomia⁷², por exemplo). A diversidade abunda em uma série de quesitos, como já apontado anteriormente (Nonato, 2007).

Para adentrar a diversidade que configura a história, principalmente a história das mulheres, é necessário também diversificar as fontes, os narradores, os métodos, em suma, a forma de pensar e pesquisar. Como afirma Michelle Perrot (1989, p. 18), “Forma de relação com o tempo e o espaço, a memória, como a existência da qual ela é o prolongamento, é profundamente sexuada.”. Ao estudar a história do parto e

⁷² A posição de litotomia (posição em que a mulher permanece deitada) é a mais corrente nas sociedades ocidentais atualmente e tem seu registro histórico marcado pela atuação de dois médicos: Guillemeau (Londres, 1612) e Mauriceau (Paris, 1668), no século XVII. Essa posição trazia maior conforto para os médicos, classe então em início de trajetória de ascensão social, possibilitava cobrir o corpo da mulher e obter um campo de visão e ação privilegiadas no momento da assistência ao parto, sendo então transformada na posição “ginecológica” (Santos, 2003).

nascimento, tão fortemente ancorados ao corpo feminino⁷³, por nossa cultura, é estritamente necessário esse primeiro reconhecimento, de que a construção do gênero determina a forma como esses eventos são percebidos, vivenciados e registrados. Nos dizeres de Michelle Perrot:

“(...) os modos de registro das mulheres estão ligados à sua condição, ao seu lugar na família e na sociedade. O mesmo ocorre com seu modo de rememoração, da montagem propriamente dita do teatro da memória. Pela força das circunstâncias pelo menos para as mulheres de antigamente, e pelo que resta de antigamente nas mulheres de hoje (o que não é pouco), é uma memória do privado, voltada para a família e o íntimo, os quais elas foram de alguma forma delegadas por convenção e posição.” (1989, p. 15).

Mesmo na intimidade, no particular e no privado a construção do gênero incide, recortando a realidade para lê-la segundo a ótica do hegemônico, no caso, do masculino. É necessário reconhecer que os modos “generizados” de ler e reler a história implicarão diretamente na forma como os fenômenos serão apresentados.

A ancoragem da gestação e do parto no corpo feminino implica numa socialização especificamente voltada ao papel da maternidade (Scavone, 2004), que se iguala socialmente como realização da natureza feminina (Tubert, 1996; Paim, 1998; Rodhen, 2001). Essa ancoragem, com a singularidade de sua socialização, pode ser entendida como parte de um fenômeno maior (o do *processo civilizador* teorizado por Elias, 1993; 1994) que envolveu a regularização das condutas e o autocontrole das pulsões (incluindo a psicologização e a racionalização), dentre outros elementos, é um demarcador das diferenças de gênero e, como tal, alvo de juízos historicamente persistentes de diferenciação.

Outro apontamento histórico preliminar se faz importante, o do reconhecimento da história como uma organização mnemônica interessada em um ordenamento coerente com o status de quem a narra, ou seja, interessada na produção da verdade, mais do que uma sucessão de fatos orgânicos em uma linha de

⁷³ A abordagem sobre a problemática do corpo não será privilegiada neste trabalho, apesar de sua extrema relevância e potencial para compreensão de temáticas relacionadas à assistência obstétrica. Extensa literatura pode ser evocada para cumprir essa tarefa, desde clássicos como Marcel Mauss, Luc Boltanski, Norbert Elias, David Le Breton, Emily Martin até outros escritores contemporâneos que passam pelo tema de forma menos focalizada. Outro fator que influenciou nesse sentido foi a ausência de um trabalho de campo mais voltado para a observação direta das práticas corporais, envolvendo profissionais e mulheres.

desenvolvimento. Esta visão da história é tributária do filósofo Michel Foucault, que é reconhecido por, entre outras razões, conceber uma proposta metodológica inovadora para a história, que reverberou no campo das ciências sociais.

A partir de investigações sobre áreas de estudo até então negligenciadas, como o corpo, a sexualidade, o aprisionamento e a loucura, Foucault propôs uma leitura genealógica dos fatos históricos, o que se manifesta pelo vislumbre dos objetos a partir de sua construção discursiva, significando valorizar ações e práticas sociais buscando seus nexos, mais do que a construção temporal linear. A temporalidade, em Foucault, portanto, deixa de ser abordada pela busca de uma realidade objetiva, sintética e total⁷⁴.

A construção de uma história do parto e nascimento deve partir desses dois reconhecimentos: de um lado, uma visão que considera as questões de gênero implicadas na história, em nossa cultura e sociedade e, de outro, a não linearidade (Mott, 2002; Arney, 1982). A assistência à partos e nascimentos pode ser lida como um processo contínuo, mas de idas e vindas, em torno de toda diversidade que compõem a manifestação da mesma (atores, locais, relações, materiais, etc.).

A diversidade na assistência ao parto é atravessada pela permanência histórica, frequente mundialmente da figura, quase (se não) arquetípica, da parteira⁷⁵. Personagem quase universalmente mulher, em geral, com certa experiência em parir e ajudar outras a parir, mereceu muitos registros históricos nas artes e ciências. Essa personagem que, para definir tentativa e provisoriamente, ajudava outras mulheres principalmente no momento do parto, mas possivelmente também na gestação, no período pós-parto e outras ocasiões de distúrbios pessoais e familiares, recebe diversas alcunhas, posições e papéis de acordo com tempos e espaços distintos.

Chamadas de mães-de-umbigo, aparadeiras, curiosas, parteiras leigas, parteiras tradicionais, comadres ou, simplesmente, parteiras, apresentam a contradição de serem facilmente reconhecidas e amplamente conhecidas sendo sempre figuras únicas, em seus contextos. Impossível, portanto, trata-las a partir de um perfil comum e, bastante complexo encaixá-las em uma classificação, adjetivando suas práticas e qualificando assim uma determinada definição.

⁷⁴ A esse respeito ver análise de Margareth Rago, 1995.

⁷⁵ Muitas vezes, inclusive, fui perguntada, ao explicar o tema de meu estudo, se era um estudo sobre parteiras, pois parece ser uma personagem imediatamente associada ao campo da assistência ao parto e sua história.

Embora em outro trabalho (Nonato, 2011), que busca relatar uma experiência institucional, preferi utilizar um termo adjetivado (parteiras tradicionais) aqui, a partir da sugestão de Soraya Fleischer (2009), utilizarei o termo “parteira/s” sem adjetivação, buscando fugir da homogeneização. Entretanto, também utilizarei o termo adjetivado, quando comentando escritos de outros autores, segundo suas próprias indicações. É certo que essas escolhas rendem extenso debate.

A partir de Maria Lucia Mott (2005), por exemplo – que em vários escritos utiliza os termos parteiras, parteiras leigas, curiosas, comadres, parteiras diplomadas (Mott, 2005; 2002; 2001; 1999a) – a possibilidade da utilização de um termo não adjetivado pode ser problematizada. A autora descreve o significado de “parteira” nos dicionários Aurélio e Houaiss, e o que fica evidente é que o paradigma é sempre o médico, pois a parteira é qualificada como alguém no domínio do não-médico. Com isso, de um lado, fica reforçada a necessidade de qualificar, adjetivando o termo, para que de outro, não seja desqualificado, pois no sentido ali expresso, a parteira seria apenas uma mulher que “acode”, como qualquer outra pessoa, um parto de emergência, sem conhecimentos, práticas, habilidades próprias e relação com a parturiente.

Por estarem inseridas no conjunto de um “cuidado obstétrico não oficial” estão mais presentes no contexto de povos e comunidades rurais e interioranas e, por isso, são encontradas principalmente em pequenos municípios e locais com pouco infraestrutura de saúde pública^{76 77}. As parteiras compõem, portanto, grande parte das agentes de saúde não profissionais que assistiram, ao longo da história, e assistem, na atualidade, a partos e nascimentos. Existem ainda outros atores que não se encaixam nessa categoria, como em algumas culturas indígenas, por exemplo, nas quais o parto pode ser assistido por um pajé e por diferentes agentes numa estrutura de parentesco específica, configurando o que se tem chamado de “sistemas de parto” que não podem ser identificados diretamente a partir de agentes caracterizados como parteiras (Ferreira, 2010).

⁷⁶ No caso do Brasil, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste.

⁷⁷ Segundo relatos de profissionais da área, também podem estar em contextos de comunidades menos acessíveis pela pouca presença do poder e aparelhos públicos e grande presença de organizações paralelas, como a do tráfico. Ouvi de enfermeiras obstetras, por exemplo, que em algumas favelas do Rio de Janeiro e Recife, existem parteiras que assistem mulheres envolvidas com o tráfico, que não podem se apresentar em hospitais públicos, sob pena de prisão.

Como afirma Carranza (1994) é importante não idealizar o papel das parteiras, o que é frequentemente sustentado por outras autoras (Fleischer, 2009; Barreto, 2008; Tornquist, 2004). As parteiras possuem uma realidade de diversidade, expressa na polissemia pelas quais foram e são tratadas, sendo, entretanto, necessário reconhecer sua importância, pois foram a principal fonte que constituiu o saber obstétrico médico (Brenes, 1991; Pitangy, 1989; Eirenreich e English, 1976).

Mesmo com a constante vigilância necessária para não homogeneizar as parteiras e as diferentes formas de assistência ao parto, não mistificar seu papel, seus atributos, práticas e saberes é necessário reconhecer que, sem dúvida, o fato mais importante da história da assistência ao parto, foi a substituição das parteiras pelos médicos no cuidado das mulheres (Del Priore, 1993; Carranza, 1994; Vieira, 1999; Rohden, 2001; Santos, 2003; Griboski, 2004). A substituição do auxílio no momento do parto por mulheres experimentadas por outro modelo foi um processo lento e conflituoso, que implicou em partos e nascimentos deixarem de ser “assunto de mulheres” para pertencerem ao domínio da medicina, dos médicos e hospitais. Essa transição, marca a distinção entre um campo profissional e um campo não profissional, com diferentes hierarquizações a depender do contexto, mas, também, em virtude do status da profissão médica, a distinção entre o médico e o não médico, o oficial e o não oficial. Também, demarca uma transição territorial, do domicílio para o hospital.

Essa transição foi marcada por conflitos de várias ordens (Tornquist, 2004), em relação aos variados atores que compõem esse campo, com certa “flutuação” espacial temporal (no sentido de que reaparecem em lugares e momentos distintos): parteiras, parteiras diplomadas, cirurgiões-barbeiros, médicos, obstetrizas, enfermeiras obstétricas. Tais conflitos permanecem presentes intensamente.

Como aponta Carmem Susana Tornquist (2004) com a paulatina ascensão da obstetrícia, as parteiras eram cerceadas de diversas formas (criminalização, publicização dos insucessos, paulatino descrédito, com raras exceções) para que sua inferioridade fosse demarcada. Para Barbara Eirenreich e Deirdre English (1976), ocorreu aí uma “divisão sexual do trabalho”. As autoras apontam como, desde a Idade Média, a chamada “caça às bruxas” se encarregou de desconstruir o poder e os papéis sociais femininos ligados à cura. Curandeiras, conhecedoras de ervas e fórmulas, parteiras, sofreram processos de desmoralização, perseguição, tortura e morte.

A caça às bruxas, com apogeu entre os séculos XV e XVI, promoveu a desarticulação das atividades de cuidado e “cura” praticada pelas mulheres. Segundo Jacqueline Pitangy (1989), a medicina e a Igreja, por meio da Inquisição, atuaram conjuntamente, “de mãos dadas” na criminalização e demonização das mulheres curandeiras, processo no qual a parteira foi identificada como a principal figura do “mal”:

“O discurso médico e o discurso inquisitorial vão assim de par, instituindo a bruxa na parteira e na curandeira. Impedidas de cursar a universidade (interditada ao sexo feminino até o século XIX), onde se processa a formação para a profissão médica, e tendo a sua prática de cura catalogada como maléfica, as mulheres são obrigadas a aplicar, em forma marginal e clandestina, seus conhecimentos e aptidões nessa área.” (Pitangy, 1989, p. 41).

Tanto a medicina, em seus primórdios essencialmente teórica, como a Igreja, manifestavam uma cultura misógina, que identificava a mulher como essencialmente defeituosa em todos aspectos, desde biológicos, até morais e espirituais. Essa raiz misógina terá reverberações na forma como o corpo feminino e a mulher serão compreendidos na modernidade, incluindo o processo de medicalização⁷⁸.

Aos poucos, portanto, construiu-se socialmente uma imagem pejorativa da parteira, como coloca no trecho abaixo Maria Lucia Mott:

“A imagem da parteira como mulher ignorante, analfabeta, sem moral, responsável pela morte de mães e recém-nascidos devido à falta de qualificação profissional, é encontrada não apenas na literatura médica brasileira do século XIX, como também na de vários países, tendo sido inclusive incorporada por historiadores e sociólogos do século XX.” (1999a: s/p.)

Apesar de, a partir da década de 1970 (Mott, 1999a; Davis-Floyd, 1997), aparecerem estudos contestando essa imagem (que segundo Mott, não tiveram muita repercussão no Brasil), tanto a literatura médica do séc. XIX, quanto autores

⁷⁸ A relação entre as mulheres e a ciência também deve ser considerada sob esse aspecto. A misoginia incorre em desdobramentos mais específicos, principalmente para as carreiras profissionais mais tradicionais (como a medicina), e gerais, em relação à situação das mulheres no mercado de trabalho formal e informal, o impacto sobre a distribuição de renda e ocupação de cargos de maior poder e ascensão. A relações de gênero que estabelecerem uma relação fundamental entre as mulheres e o desenvolvimento da ciência e das profissões é temática que merece explorações posteriores. O campo de estudos feminista tem influenciado o desenvolvimento de interpretações nesse sentido, levando, inclusive, a desdobramentos teóricos, metodológicos e epistemológicos próprios.

contemporâneos, pecam pela homogeneização das parteiras, colocando-as, todas, em um mesmo perfil. De outro lado, como lembram Soraya Fleischer (2009) e Maria Lucia Mott (1999a), o pejorativo pode ser substituído pela exaltação e uma certa “santificação”.

A exaltação da prática de parteiras aparece sobretudo enquanto uma leitura romântica, baseada em uma contraposição com as práticas médicas modernas. É certo que existem dados históricos que também suportam o prestígio social de muitas parteiras, como localiza Maria Lucia Mott (1999a) em relação às parteiras registradas no Império, de 1808 a 1828, quando já existia a necessidade de registro dessa atividade. As parteiras deveriam ter uma carta de exame, fornecida pelo Físico-Mor ou Cirurgião-Mor do Império, e uma licença da Chancelaria (Riesco e Tsunehiro, 2002).

Dentre os casos de parteiras registradas⁷⁹, que eram examinadas por médicos cirurgiões, a historiadora encontra situações bastante variadas, de trajetórias únicas: parteiras sem diploma e longa carreira, denúncias de más práticas, parteiras que assistiam famílias tradicionais da elite, parteiras com muitas posses, parteiras que atuavam colaborativamente com médicos, parteiras que praticavam assistência aos partos complicados, realizando operações (como uso do fórceps, por exemplo)⁸⁰, parteiras chamadas como peritas em casos médicos-legais, entre outras.

Em contraposição a esse sentido de prestígio, entretanto, existem dados que vão na contramão. Maria Lucia Mott lembra de casos de parteiras apenas ocasionais (2005) ladras e usurpadoras (1999a) – que, por exemplo, trocaram ou mesmo roubaram bebês e bens de mulheres –, Jeffery e Jeffery (1993) descrevem o caso das parteiras indianas (chamadas de *dais*) que não gozavam de prestígio ou solidariedade para com as mulheres⁸¹, enquanto Soraya Fleischer⁸² encontra na investigação

⁷⁹ Das parteiras reconhecidas no Império, Maria Lucia Mott (1999a) encontra registro do perfil de 50 delas, a partir da documentação da Fisicatura Mor (1808-1828). Eram provenientes de 5 estados e de Portugal, vinham de situação social e socioeconômica variada, nem sempre analfabetas e informavam suas condições, ora com lavouras e escravos, ora pedindo isenção das taxas por falta de meios. Alguns pedidos tinham atestados de experiência, inclusive passados por médicos e cirurgiões. Apesar do reconhecimento e colaboração entre médicos e parteiras, a documentação também evidencia disputas, como no caso de denúncias de más práticas.

⁸⁰ Apesar da obrigatoriedade de recorrer à médicos e cirurgiões em casos de complicações.

⁸¹ As *dais*, que não gozam do prestígio frequentemente atribuído, e nem de um contexto de solidariedade para com as mulheres. Como colocam os autores: “A maior parte das *dais*, então, são consideradas serviçais com baixo status, necessárias para remover impurezas, sem nenhuma técnica

etnográfica contemporânea registros que atestam a heterogeneidade, incoerências internas, conflitos e discordâncias⁸³.

Nesse panorama histórico heterogêneo é importante notar que as práticas em si, bem como as condições de atendimento, não diferiam consideravelmente entre parteiras e médicos, ou seja, entre agentes de saúde do cuidado oficial e não oficial. O ensino médico ao longo do séc. XIX era eminentemente teórico (Mott, 1999a; Pitangy, 1989), os alunos eram formados sem assistir sequer um parto, diante de corpos femininos ainda interditos. Apesar disso, paulatinamente, são as parteiras que ganham descrédito, enquanto os médicos (que detêm o controle oficial do ofício, por meio do registro e exame), ascensão – a obstetrícia era um meio eficiente de acesso à intimidade das famílias – , perante, ao menos, o discurso oficial e dominante. Prevalece a ideia de que a natureza feminina devota as mulheres ao privado e à maternidade, e não para o trabalho e a intelectualidade, refletida no fato de que “Embora elogiadas, queridas e respeitadas, a documentação sugere que as mulheres que viviam dessa atividade eram socialmente discriminadas.” (Mott, 1999a, s/p.).

Um primeiro traço a demarcar, portanto, é a heterogeneidade e, dentro dessa, uma das principais distinções se dá pela ausência ou presença de formação oficial e seu tipo. Como afirmam Maria Luiza Riesco e Maria Alice Tsunechiro (2002: 450), “No Brasil, no século XIX, a educação formal de parteiras iniciou-se junto às escolas médicas, que controlaram sua formação até meados do século XX.”. Data de 1832, a transformação das Academias Médico-Cirúrgicas do Império, na Bahia e no Rio de Janeiro, em Faculdades de Medicina, que passaram a oferecer “Cursos de Partos”. A

especial de partejar. (...) Essa idéia sugere que as mulheres recebem pouco apoio emocional ou social durante o trabalho de parto e o parto. Como estão em um estado de poluição, poucas mulheres irão lhes tocar. A companhia de mães e irmãs é expressamente excluída. Assim, parir gera pouca solidariedade entre as mulheres.” (Jeffery e Jeffery, 1993 apud Fleischer, 2009: 11).

⁸² Na revisão bibliográfica realizada por Soraya Fleischer, a autora classifica a literatura sobre parteiras em três vertentes: biomédica, etnomédica e sociocultural. Sobre as três abordagens a autora se debruça criticamente, na busca de ultrapassar as dicotomias frequentes, de outros atores e um cenário político mais amplo e intermedicalizado. Segundo a autora, sua busca é de uma “explosão” da idéia de parteira, para não homogeneizá-las e retirá-las de seu contexto social, o que é frequente nas visões que incorrem nas dicotomias.

⁸³ Nesse sentido, quando diante de qualquer tipo de prática, é importante identificar a presença das alteridades, o que não justifica, porém, colocar a centralidade das análises nas diferenças, como se apenas essas delimitassem as realidades, quando em verdade a realidade está contida nos sentidos que as atravessam.

literatura (Mott, 2001; 2005; Barreto, 2008), sobretudo a partir dos trabalhos de Maria Lucia Mott, detalha processos de formação (currículo, disciplinas, etc).

Em outros países, como na França (Thébaud, 2002; Beauvalet-Boutouyrie, 2002) e no Japão (Homei, 2002) a distinção a partir do diploma oriundo da formação oficial, também determina paulatinamente a conformação do campo obstétrico, o descrédito de parteiras e ascensão das categorias de obstetrizes, enfermeiras obstétricas e médicos (ginecologistas e obstetras), que são, a princípio, as quatro categorias de agentes de saúde principais que coexistem no campo da obstetrícia contemporânea. Historicamente, essas categorias tiveram composições, formações e posições sociais diferenciadas, confundindo-se algumas vezes, inclusive nos termos de suas nomeações. A profissionalização de parteiras transformou-as em “parteiras profissionais” ou “parteiras diplomadas”, portadoras de diplomas de cursos especificamente voltados para a prática da obstetrícia⁸⁴.

Diante da necessidade de atendentes no interior dos hospitais, que após a transição dos partos domiciliares para partos hospitalares, ficou contingenciado ao pequeno número de médicos, também parte do contingente da enfermagem foi deslocado para o cuidado das gestantes e o atendimento ao parto. Com isso, parte dessas profissionais também se especializou, constituindo a categoria das enfermeiras-obstetras (*nurse-midwives* no inglês e *infirmière sage-femme* no francês). Maria Luiza Riesco e Maria Alice Tsunehiro (2002) citam a especialização de parteiras e de enfermeiras obstétricas como dois modelos de programas educacionais, o europeu, com entrada direta, e o americano, com especialização a partir da enfermagem, sendo que, em vários países, os dois modelos coexistiram ou coexistem.

As transições históricas de elementos que compõem o campo da assistência obstétrica em termos dos agentes de saúde envolvidos, os locais de atendimento, as maneiras de construir o cuidado e outros elementos devem ser analisados em suas particularidades temporais e espaciais. Entretanto, alguns traços comuns e aglutinadores podem ser, tentativamente, propostos. O sociólogo Willian R. Arney (1982), por exemplo, apresenta uma interessante periodização da assistência obstétrica, dividindo a história da mesma em três períodos de características

⁸⁴ São as chamadas *midwives*, na língua inglesa, *sages-femmes* em francês e obstetrizes no português. (Barreto, 2008).

específicas: Período Pré-profissional (até o fim do século 19), Período Profissional (1890-1945) e Período de Monitoramento (pós segunda guerra mundial). O autor classifica as características de cada período de acordo com algumas categorias-chave, como pode ser visto na tabela abaixo.

Tabela 6 – Características da Assistência Obstétrica em três períodos históricos

	Período Pré-profissional (até o fim do século 19)	Período Profissional (1890-1945)	Período de Monitoramento (Pós segunda guerra mundial)
Metáfora e lógica	Nascimento como mistério; Ordem aristotélica.	Corpo como máquina; Racionalidade científica.	Corpo como sistema aberto de comunicação; Ordem ecológica/teoria de sistemas.
Conceitualização da Gravidez	Normal / anormal	Potencialmente patológico; Categorias dicotômicas ainda aplicáveis mas fronteiras não estão claras.	Gravidez como processo; Duas dimensões de nascimento: psicológica e fisiológica.
Divisão do trabalho	Relação simbiótica entre parteira e atendente obstétrica; Parteiras atendem partos normais Barbeiros-cirurgiões e obstetras atendem partos anormais; Termos controlados pela parteira.	Termos controlados pelo especialista obstetra; Parteiras atendem partos normais na Britânia, Debates em torno da categoria de trabalho na América.	Bem integrado, continuamente hierárquico; Equipe obstétrica largamente presente; Pais são membros da equipe.
Relacionamento paciente/atendente	Parteiras atendem parto; Parteiras chamam por intervenção obstétrica em casos difíceis.	Especialista obstétrico dominante; Especialista preside o parto; Paciente como veículo do material obstétrico.	Colegiado; Responsabilidade do paciente pelos aspectos psicológicos do parto; Atendente obstétrico responsável pelos aspectos fisiológicos do parto.
Organização profissional	Localizado	Produção centralizada do conhecimento; Cuidado localizado.	Largamente disperso, geograficamente penetrante, cuidado regionalizado centrado nos centros médicos; Sistema flexível de alternativas obstétricas.
Quem controla o nascimento	Ninguém; Parto é atendido e é "incontrolado".	Obstetras.	A estrutura do monitoramento; Sem agente no controle.
Tecnologia	Auxílio brando para partos normais; Intervenção destrutiva em partos não normais.	Tecnologia de controle dominador (i.e., fórceps, anestesia, intervenções operativas).	Tecnologia de monitoramento e vigilância.

Fonte: ARNEY, W.R. Power and the profession of obstetrics. USA, Chicago: The University of Chicago Press, 1982.

A tabela, por meio de suas categorias-chave, apresenta linhas gerais do desenvolvimento histórico global da assistência obstétrica, porém perde na riqueza dos detalhes históricos. É importante levar em conta que não necessariamente características de um período passado estão extintas, essas irão sempre depender dos contextos locais. No Brasil, segundo Tornquist (2004), por exemplo, o processo de substituição das parteiras pelos médicos foi avassalador pois não houve amparo político- legal para a continuidade de sua prática em nenhuma instância. Pode-se afirmar também que várias características do período profissional estão fortemente presentes nos cenários obstétricos hegemônicos (Davis-Floyd, 1994; 2001) seja compartilhando harmônica ou conflitualmente características identificadas como pertencentes ao período do monitoramento.

Interessante perceber que Arney não considera a categoria do local do parto na leitura de seus períodos históricos. Entretanto, ela é de suma importância e apresenta transformações históricas significativas, considerando os três períodos propostos pelo autor. No período pré-profissional, em que parteiras assistiam aos partos quase que exclusivamente, os partos aconteciam quase exclusivamente nos domicílios das parturientes. Na transição desse período para o período profissional, vários autores (Bologne, 1990; Brenes, 1991; Vieira, 1999; Tornquist, 2004; Scavone, 2004) registram que houve uma grande resistência das mulheres ao parto hospitalar, assistido por médicos, mundialmente e no contexto brasileiro. O atendimento nos hospitais representava imoralidade (em virtude de serem homens a prestar assistência, vendo e manipulando os corpos femininos) e perigo (os hospitais à época representavam instituições de desvalidos à beira da morte). As mulheres apenas começaram a ir para as maternidades no século XX (Tornquist, 2004), quando também as parteiras diplomadas entram nos hospitais, ocasionando uma divisão do trabalho nas maternidades (sendo os médicos responsáveis pela parte nobre do atendimento, isto é, por meio de intervenções via técnicas cirúrgicas, com utilização de instrumentos médicos e/ou fármacos).

Proponho considerar dois aspectos principais na análise da história da assistência ao parto no Brasil (considerando também outros contextos): a composição dos agentes de saúde envolvidos, e suas relações, e os diferentes territórios sociais.

3.3 – Percursos da hospitalização e da profissionalização no campo obstétrico brasileiro

Até o fim do século XIX os partos no Brasil aconteciam “quase exclusivamente” em casa com parteiras, mesmo os casos complicados (Mott, 2002b; 2005). Parir fora de casa era anormal, acontecia apenas em casos extremos, principalmente com mulheres pobres, indigentes, prostitutas e mães solteiras. Porém, existiram alguns tipos de instituições que promoviam algum cuidado para gestantes e parturientes fora do domicílio. Nessas, a assistência acontecia muito mais por razões sociais, do que indicações obstétricas. Existem registros, por exemplo, de “Casas de Maternidade” – a partir de meados de 1860-70, (Mott, 2005) – mantidas por parteiras diplomadas, em sua maior parte, estrangeiras, em seus próprios domicílios ou clínicas próprias ou compartilhadas⁸⁵, – e “Casas de Saúde”, mantidas por médicos – aproximadamente a partir de 1850 (Mott, 2005) – que contavam com parteiras, quartos particulares e enfermarias. Havia ainda as Santas Casas, serviços filantrópicos mantidos pela Igreja em situação bastante precária.

No Brasil, os primeiros discursos sobre a necessidade da criação de maternidades ocorreram no mesmo ano da criação das faculdades de medicina no Rio de Janeiro e na Bahia (1832), por meio do envio de propostas à Câmara Municipal do Rio de Janeiro, por Le Masson (cirurgião militar francês naturalizado brasileiro) e Madame Berthout (parteira diplomada francesa, parteira mestra da Santa Casa de Misericórdia) e eram ligadas à criação de cursos de formação para parteiras e médicos (Brenes, 2008). Embora com diferenças, as duas propostas eram parecidas e inspiradas no modelo francês de ensino para parteiras em regime de internato em maternidades hospitalares. Colocavam-se enquanto propostas ajustadas aos interesses

⁸⁵ Como aponta a historiadora (Mott, 2005) em SP, apenas uma é conhecida. O trabalho era realizado pela proprietária, outras parteiras e até médicos, nos casos complicados. Desde 1876, a legislação municipal do Rio de Janeiro obrigava que essas casas fossem dirigidas por médicos, o que foi letra morta por muitos anos. Nessas casas, as parteiras recebiam parturientes que precisavam parir, ou mesmo gestar, em segredo. Médicos desqualificavam as parteiras que recebiam clientes em casa, por suspeitarem da realização do aborto e pelo acolhimento de “desclassificadas”, prostitutas.

do Império, no sentido de iniciar uma política do nascimento voltada ou crescimento populacional e o controle dos abortos, infanticídios e abandono.

Apesar de procurarem combater a prática das “curiosas”, as propostas não receberam o necessário apoio para sua concretização, em virtude de representaram a autonomia no ensino de parteiras (mulheres) em relação às Faculdades de Medicina e não apresentarem viés eugênico. Através de um médico, Júlio Francisco Xavier, lente da cadeira de “Partos” na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro entre 1832 e 1856, que havia estudado em Paris, e conhecia os conflitos que lá se produziram entre as parteiras e os médicos e cirurgiões, as propostas foram rejeitadas. Júlio Xavier advogava pelo ensino de homens e pela autoridade da Faculdade de Medicina sobre o ensino, a regulamentação e as práticas no domínio da saúde. Por outro lado, na visão de Anayansi Brenes (2008) outras forças conservadoras contribuíram para o fracasso dessas propostas. A socióloga aponta que ambas propunham um atendimento universalista, sem distinção de raça, cor e classe social e deixa entender que, com a substituição do projeto natalista pela política de imigração com viés eugênico, o eugenismo pode ter sido um dos fatores que impediu o ensino autônomo da obstetrícia no país, desde o Império. Fica clara também, a centralidade do ensino médico, já que, como apontam Riesco e Tsunechiro (2002, p. 450): “De 1832 até 1949, toda a legislação do ensino de parteiras esteve contida na legislação do ensino da medicina.”.

Entretanto, a criação de um espaço circunscrito ao exercício da obstetrícia era uma questão de tempo, frente à uma necessidade que se estabelecia para a formação e treinamento de profissionais, sejam obstetrizas ou médicos, e às novas formas de controle sobre o corpo da mulher que eram dispostas. As Santas Casas, em princípio, ficaram fora de questão, pois as irmãs de caridade se recusavam a ceder o espaço, em virtude do previsto atendimento de prostitutas e outras mulheres de perfil considerado imoral (Mott, 2002b). E as “Casas de maternidade” (Mott, 2002b; 2001) eram considerados estabelecimentos perniciosos, muito em virtude das precisas indicações sociais.

Como aponta Maria Lúcia Mott (2002b), no fim do século XIX começa a ser pregada a necessidade de maternidades para gestantes pobres e, em 1894, é fundada a Maternidade de São Paulo. No novo contexto republicano, a saúde das mulheres passou a interessar mais o governo, em virtude da preocupação populacional, com o povoamento da nação, com o fortalecimento da “raça”, baseada no eugenismo. A visão da mulher como reprodutora e a construção brasileira do “frágil gênero dócil”

(Brenes, 1991) vinha a somar com essas finalidades e a preocupação natalista, foi mote para o Estado investir nos cursos de parteiras, para combater práticas de contracepção e aborto. A gestação e o parto começaram a ser identificados como doença, para assim defender a assistência médica gratuita e a necessidade de internações que, aliás, era traço da assistência promovida – a internação por semanas ou mesmo meses acontecia de acordo com o perfil da clientela, seja por indicações sociais, seja por mazelas físicas como a anemia profunda (Mott, 2002b). Entretanto, entre Casas de Maternidade, Casas de Saúde e as incipientes maternidades hospitalares, dois tipos de clientelas se estabeleciam: mulheres pobres e indigentes – que serviam de material de estudo aos profissionais em formação, e mulheres de classes favorecidas – que recebiam tratamento melhor, com roupa de cama limpa, por exemplo, até então, item de luxo⁸⁶.

Nas primeiras décadas do século XX, no cenário da assistência obstétrica brasileira, encontravam-se mais médicos assistindo, mais escolas de medicina, existentes nas principais capitais do país e campanhas de valorização dos hospitais, apesar das parteiras diplomadas ainda atuarem de forma autônoma (Mott, 2002b; 2005), atendendo nas casas das mulheres, suas próprias e “casas de maternidade” por elas fundadas. As maternidades já não eram sinônimos de morte e contavam com alguns avanços: diagnóstico por aparelhos, exames laboratoriais, raio-x, anestésicos (clorofórmio), realização de cesarianas in vivo, disseminação de novas idéias, como a teoria dos micróbios, maior atuação da indústria farmacêutica (produzindo o hormônio pituitrina, por exemplo), benefícios urbanos que ainda não eram estendidos à maioria das residências, como água encanada, luz, sistema de esgoto, acessos viários, etc. (Mott, 2002b). No mesmo passo, o parto em casa começava a ser visto pelos médicos como mais trabalhoso, pois precisavam de uma série de condições, exigências que passaram a ser vislumbradas sobre o ambiente, a casa, o quarto, os materiais disponíveis e os recursos humanos necessários (como uma enfermeira auxiliar à serviço do médico). Nesse sentido, o hospital para a ser visto como o local que comporta as condições ideais para parir e nascer. Quando o parto ocorria no domicílio, era “(...) como se o hospital devesse ser transportado para casa.” (Mott,

⁸⁶ Inclusive, em anúncio de 1872, Mott (2005) localiza espécie de “casa de partos” (*villa d'accouchement*), mantida por parteira francesa. Ali, se recebia escravas como pensionistas, fornecendo assistência na gestação e no parto e depois essas mulheres eram alugadas como amas de leite.

2002b, p. 204), o que se tornava tarefa impossível nos contextos de casas pobres ou miseráveis.

A década de 1930, em relação a transição do local de parir, da casa para a maternidade (o que no Brasil significou hospital) foi marcante⁸⁷ (Mott 2002b; 2005, 2001). É quando passa a ser mais divulgada a evitação do parto em casa e os benefícios das maternidades, que se estendiam aos cuidados de enfermagem e à puericultura, aliadas às novas disposições que eram colocadas como confortos para as mulheres, como a hotelaria hospitalar (Proganti, 2004) e os berçários. Isso também se reflete na literatura médica, na qual o hospital passa a ser recomendado como lugar mais seguro para a mulher parir.

Entretanto, não havia unanimidade entre profissionais e mulheres (Mott, 2002b). Até fins dos anos 30, as parturientes não desejavam a internação e havia heterogeneidade entre os médicos: alguns a recomendavam sistematicamente apenas para as mulheres pobres e indigentes, e, também, como refúgio para o parto em segredo, assim como não era recomendação para todos casos de distocia. Como dito anteriormente, a distocia parecia não ser questão, mas sim as indicações sociais. Com isso, surgiam propostas alternativas. Como comenta Maria Lucia Mott (2002b), alguns médicos recomendavam a criação de serviços de atendimento domiciliar para mulheres pobres, na falta de maternidades, como forma de combater as “curiosas” e promover o parto em casa gratuito, com profissionais. Esses serviços poderiam se configurar, por exemplo, a partir de clínicas (“dispensários maternos”, como aponta Jane Proganti) que realizavam a triagem e encaminhavam profissionais para a casa das parturientes (inclusive, parteiras “leigas”, parteiras diplomadas e estudantes de medicina). Várias propostas e relatos de sucesso desses serviços podem ser localizados em anais de congressos médicos nas primeiras décadas do século XX.

Jane Proganti (2004) comenta o Serviço Obstétrico Domiciliar ao lado de outras propostas de organização do campo obstétrico que coexistiram no Rio de Janeiro, dos anos 1920 até a década de 1950. Além do Serviço Obstétrico Domiciliar, também se colocavam as propostas-modelo da filantropia, e as de autoria dos médicos

⁸⁷ Ainda para essa época, é muito dificultosa a obtenção de dados. Porém, algumas informações são recolhidas por Maria Lúcia Mott (2002b): segundo levantamento de um médico do Rio de Janeiro, em 1922, cerca de 85,2% dos partos lá aconteciam com assistência de parteiras (“curiosas”); do levantamento de um médico de São Paulo, em 1945, cerca de 70,4% dos partos aconteciam em casa; sobre o número de maternidades em São Paulo, até a década de 1920, existiam apenas duas maternidades (mais as Santas Casas) e na transição das décadas de 30 e 40, surgiram cerca de 14 maternidades e hospitais com leitos obstétricos, principalmente leitos para pagantes.

Clóvis Corrêa da Costa e Fernando Magalhães. O modelo filantrópico contava com uma maternidade e um serviço ambulatorio de parto domiciliar, com parteiras “curiosas”, que atendiam mulheres pobres do subúrbio. A proposta de Clóvis Corrêa da Costa, de 1936, constituía de um modelo integrado com uma rede de consultórios de pré-natal e “higiene infantil” espalhadas em bairros da cidade, articulados com uma maternidade e um serviço obstétrico domiciliar central, com transporte das parteiras. Finalmente, a proposta que realmente ganhou terreno e concretização, a partir de 1934, foi a de Fernando Magalhães, que incluía uma rede de maternidades em pontos diversos da cidade do Rio, com controle estatal e médico no campo. Segundo Jane Progiati, apesar de todas as propostas buscarem o cerceamento da prática das parteiras “curiosas”, construindo, ao mesmo tempo, a pirâmide hierárquica no campo obstétrico brasileiro, a proposta de Magalhães foi “vencedora” por reunir interesses políticos poderosos, dentro e fora do campo. Estavam em jogo empregos e obras públicas, a lucratividade para os hospitais, a política populista de Vargas, a hegemonia médica, o apoio da Igreja Católica (pelo controle da sexualidade e redução dos abortos). Após a lenta transição com base nesse modelo, chegamos ao que é ainda hoje, reproduzido: um modelo de assistência hospitalar individualizado, masculino e médico, já que a assistência tipicamente feminina, a domiciliar, foi alijada do campo. Os demais modelos, essencialmente, eram serviços alternativos, e o novo modelo era mesmo o da hospitalização com atendimento médico, também sinônimo de civilização.

O período que para o Brasil foi determinante em relação à hospitalização do parto, parece também ter sido para outros países, como a França. O país, no entre guerras (1919-1939) viveu uma verdadeira catástrofe demográfica e os poderes públicos se tornaram cada vez mais sensíveis aos movimentos pela natalidade, com repressão das práticas abortivas e contraceptivas, ajudas financeiras às famílias e outras iniciativas. Como afirma Françoise Thébaud (2002, p. 417): “a proteção da maternidade significou sua medicalização, essencialmente através da instituição-Maternidade”, lugar que passou, portanto, a ser o local adequado, representando a alternativa higiênica e racional para a assistência ao parto, juntamente com o crescimento do corpo de parteiros (médicos) dos hospitais. Paulatinamente, juntamente com a valorização das maternidades, ocorria também a valorização dos parteiros-médicos, em detrimento das parteiras diplomadas. Elas enfrentavam a perda de autonomia, concorrência com variadas categorias (paramédicos, enfermeiras,

assistentes sociais), e, sobretudo, a concorrência com os médicos, que podiam dispor de telefone e veículo, com maior frequência, além de benefícios da Seguridade Social, uso de oxitócitos e instrumentos no parto.

Porém, mais importante do que ressaltar o declínio da profissão de parteira, é reconhecer que havia uma diversidade de condições (elas ainda tinham melhor distribuição geográfica, experiência e disponibilidade para as parturientes), mas que a “época de ouro” das parteiras (o século XIX), chegava ao seu fim. À medida que esse processo avançava, também os discursos se alinhavam em torno do enfrentamento da mortalidade materna e neonatal e a maternidade, de um lado, era *locus* do controle das “ameaças”, como a febre puerperal, e de outro, marcava a vivência das mulheres pela solidão e submissão à autoridade médica, no interior das maternidades.

Se a década de 1930 e o período entre guerras demarca a hospitalização do parto, no Brasil é aproximadamente um século antes (na década de 1830) que, segundo Maria Lucia Mott (2005), inicia-se a mudança no perfil das parteiras, com o crescimento das diplomadas, produzindo efeitos também sobre o local da assistência. No Rio de Janeiro, a chegada da Família Real no Brasil em 1808, é identificada como um marco que agudiza a necessidade de europeizar e higienizar a colônia – como também apontam Costa (2008) e Rodhen (2001) –, com vistas ao fortalecimento do cosmopolitismo e da economia de mercado. Em São Paulo, as mudanças vieram mais tarde, por volta de 1890, quando se inicia uma campanha de descrédito às comadres, em virtude da crescente concorrência entre diplomadas formadas, diplomadas reconhecidas (muitas estrangeiras) e médicos⁸⁸.

⁸⁸ As diplomadas, assim como a “nova parteira” no Japão (Homei, 2002), tinham um perfil novo, precisando conquistar um lugar, traçando estratégias, de inserção no mercado. Entre essas estratégias, evidenciadas por Maria Lúcia Mott (2005) estavam as formas de divulgação do ofício: desde cruzeiros brancos nas portas de casa, placas com nome, profissão, desenhos alegóricos na porta de casa e/ou consultórios, distribuição de folhetos nas ruas, até os anúncios em periódicos. Nos anúncios classificados, Maria Lúcia Mott (2005: 120) identifica como informações principais “(...) o nome, o endereço, o horário de atendimento, as qualificações profissionais, os serviços prestados, e aquilo que chamariam de “informes gerais” como mudanças de endereço, partida e chegada de viagem”, com o passar do tempo, surgiam também fotos e ilustrações. Os títulos, de “Madame” ou “Viúva/Veufe” demonstram a influência francesa e os endereços revelam que várias parteiras moravam na mesma casa, prédio, vizinhança, provavelmente estabelecendo um tipo de sociabilidade voltada para a confluência de interesses profissionais, a divisão de despesas, o compartilhamento de clientela e a visibilidade, como aposta Maria Lúcia Mott. Informações como a necessidade de acordos para chamados noturnos, atendimentos fora da cidade, uso de telefones, endereços, demonstrações de compromisso, realização de consulta em casa ou consultórios (compartilhado com parteiras ou mesmo, raramente, médicos), segundo disponibilidade limitada por horários são elementos importantes que nos fazem pensar nas diferenças, tanto dantes, quanto hoje, do atendimento ao parto nos contextos rural e urbano, grandes e pequenas cidades. As estruturas e aparelhos públicos e privados disponíveis desenham diferenças e singularidades importantes, que devem sempre serem lembradas. Grande parte

Para acessar essa transição (do perfil das parteiras e local da assistência) e compreender melhor como se deu a inserção no mercado de trabalho urbano de parteiras diplomadas, no Rio de Janeiro e em São Paulo, entre 1830-1930, Maria Lúcia Mott (2005), se debruça ainda sobre anúncios classificados, cartas de leitores, reportagens de jornais, almanaques e revistas. Merecem destaque aqui as referências de experiência, que, incluindo locais de trabalho, começam a aparecer na virada do século: os hospitais começam a aparecer como local de prática e formação. Segundo Maria Lúcia Mott, vários tipos de atividades eram anunciadas pelas parteiras diplomadas, para muito além da assistência ao parto⁸⁹, até mesmo há registro de “consulta por correspondência”, prática médica comum (Marques, 2002; 2003). A autora assim problematiza:

“Desde 1876 as parteiras estavam proibidas, por lei, de exercer qualquer função além de fazer partos normais e prestar os primeiros cuidados aos recém-nascidos (MOTT, 1998). A proibição de cuidar de “doenças de senhoras” foi letra morta, até as primeiras décadas do século XX. As páginas dos jornais são pródigas de exemplos de parteiras que infringiam a lei.” (2005, p. 127).

O material analisado pela autora também demonstra tensões, disputas, conflitos e negociações: parteiras diplomadas “não raro” denunciavam “colegas de profissão leigas”, individualmente ou por meio de ações coletivas. Nesse sentido, Maria Lucia Mott afirma:

desses anúncios eram publicados por parteiras estrangeiras, apresentando sua nacionalidade, formação, titulação, proficiência em idiomas, sendo, por vezes escritos em outros idiomas. Eram anúncios voltados para comunidades de imigrantes ou para o público geral, em que o português era importante para as estrangeiras e outras línguas se faziam importantes para as brasileiras. A clientela atendida também era comentada segundo a origem social e étnica: algumas declaravam atender universalmente – o que era visto positivamente como parte do perfil de uma boa parteira (que devia ser humanitária).

⁸⁹ A autora classifica seis tipos de atividades, entre competências e atribuições: “1. voltadas para a saúde da mãe e do recém-nascido (gravidez, parto, puerpério, tratamento de umbigo); 2. em torno da vida sexual e reprodutiva das mulheres (contracepção, aborto, infertilidade, reconstituição da virgindade); 3. tratamento ginecológico (“doenças de senhoras”); 4. alojamento e tratamento de parturientes e doentes; 5. comerciais (aluguel de ama-de-leite); e 6. de “redistribuição” de recém-nascidos, atividade nem sempre dentro da legalidade.⁹ O leque, porém, é mais amplo, conforme apontado por outras fontes (literatura médica, livros de memórias e depoimentos). Veja-se, por exemplo, o papel de perita em exames médico-legais, conforme exercido por Mme Durocher.” (2005, p. 126).

“Tal atitude aponta para relações hierarquizadas e disciplinadoras na própria categoria. Tinha como objetivo restringir o número de praticantes, como também valorizar, através da diferenciação, as profissionais diplomadas, consideradas mais qualificadas, das menos qualificadas, “curiosas” sem diploma e/ou registro profissional.” (2005, p. 132).

A hierarquização se mostra, portanto, presente no contexto brasileiro ao passo que desenvolviam-se estratégias de formação, profissionalização e regulamentação do campo obstétrico, e desdobra-se em relação à todas as categorias que o compõem, assim como em outros países, como o Japão (Homei, 2002) e a França (Thébaud, 2002; Beauvalet-Boutouyrie, 2002). Entre os médicos, havia os que denunciavam e acusavam parteiras e os que as apoiavam (inclusive fornecendo cartas de recomendação para diplomadas), porém em condição de subalternidade. Mas apesar das denúncias, o que o material analisado nessa pesquisa revela é que:

“Diferentemente da associação à falta de qualidade, ignorância, conservadorismo, largamente difundida pela literatura médica brasileira desde as primeiras décadas do século XIX, a documentação indica que as parteiras diplomadas incorporaram rapidamente inovações, foram agentes de civilização e de modernidade. Indica também que muitas parteiras nacionais e estrangeiras tiveram credibilidade social, carreiras sólidas, sucesso profissional, permanecendo na profissão ao longo de suas vidas.” (2005, p. 134).

O mais famoso desses casos de sucesso e longa carreira, é o caso da parteira conhecida como Madame Durocher. Primeira parteira diplomada no Brasil, em 1834, no Rio de Janeiro, Marie Josephine Mathilde Durocher (1809-1893) reuniu em sua trajetória várias condições singulares e excepcionais. No momento em que assume-se parteira, também naturaliza-se brasileira e passa a vestir-se como homem. Foi a única parteira reconhecida na Imperial Academia de Medicina, tendo também publicado vários artigos sobre temas obstétricos, teve muito prestígio, inclusive como parteira da casa imperial. Sua vida e legado foi vastamente comentado por Maria Lúcia Mott (por exemplo em 1994 e 2005) e é constantemente resgatada em artigos e discussões na área obstétrica.

Voltado a um escopo de análise mais alargado, é necessário ressaltar a importância das disposições legislativas, que permitem mudanças, inicialmente institucionais, cerceando as atividades de parteiras, mas levaram (bem como ainda levam) a um quadro muito maior de mudanças, a saber, uma nova configuração da

hierarquia entre os profissionais do campo e a definição de um novo território social legítimo para a assistência ao parto. Assim, os períodos de transição entre diferentes modelos de assistência obstétrica, nos quais são revistas as configurações das hierarquias profissionais, parecem acompanhar, em diferentes localizações, mudanças sobre os locais da assistência.

O caso japonês (assim como o francês) também ilustra a influência das disposições legislativas e a relação entre a configuração de hierarquias profissionais e mudanças nos territórios sociais da assistência ao parto. Embora no Japão, a formação de médicos ginecologistas-obstetras, seja bem anterior⁹⁰, também é no século XIX que se inicia a regulamentação da prática de parteiras, seu treinamento e formação e consequente criminalização (Homei, 2002). As regulamentações parecem ter a tendência de acontecer a partir das entidades médicas (como comentam intensivamente para o caso brasileiro Maria Lúcia Mott e Maria Luiza Riesco).

Mesmo com todas essas mudanças “modernizadoras” o Japão até o primeiro quarto do século XX contava com altas taxas de mortalidade materna e infantil, que foram atacadas, entre outras medidas, pela atuação de “enfermeiras-visitadoras”, uma nova política que firmava a atuação, já em maioria, das *shin-sanba* (obstetrizes), que passaram a dominar todos os territórios do parto: o domicílio, hospitais e entidades filantrópicas. Para Aya Homei, a obstetriz, no contexto da modernização, passou a exercer o poder e o controle sobre as parturientes e suas famílias, levando para o domicílio o “parto domiciliar medicalizado”.

Nesse sentido, cabe uma reflexão sobre a necessidade de contextualizar o que se considera “medicalizado”. *A priori*, não se pode equivaler medicalização a um território social (o hospital ou o domicílio) ou classe profissional (médicos, enfermeiras obstetras, obstetrizes e parteiras). Ainda mais pelo fato de a heterogeneidade sempre se fazer presente. Nesse contexto, por exemplo, Aya Homei lembra que pela concorrência de mercado e a necessidade de aprendizado prático, muitas vezes a hierarquia entre as obstetrizes e as parteiras antigas (*kyû-sanba*) era subvertida e restava como mera retórica. Além disso, a medicalização está necessariamente ligada a outros processos sociais e deve ser sempre revista segundo singularidades contextuais.

⁹⁰ A partir das primeiras escolas de medicina no período Edo (1603-1867).

A historiadora Rita de Cássia Marques (2003; 2004), por exemplo, argumenta pela relativização da força do discurso médico no processo de institucionalização da medicina, na relação médico-paciente na ginecologia. Na visão da autora, que se debruçou pontualmente sobre o período de 1907-39, em Belo Horizonte, a moralidade e a religião foram forças fundamentais, com as quais os médicos tiveram que lidar para ganhar a confiança das mulheres, ou daqueles que, em verdade, eram “os guardiões do corpo feminino”, seus maridos e familiares homens (Marques, 2003). Até o século XIX, apenas as parteiras acessavam o corpo feminino e mesmo com a paulatina atuação dos parteiros em casos complicados, o contato era evitado, como evidencia Rita Marques ao descrever a “posição inglesa”: o parteiro ficava às costas da parturiente que, deitada e virada para o lado oposto, evitava, inclusive, o contato visual com o parteiro (Marques, 2004). Além disso, na ginecologia, eram bastante comuns as consultas por meio de cartas e o acompanhamento via relatórios encaminhados aos médicos pelos homens familiares das pacientes (Marques, 2003; 2004). Em contrapartida, os médicos deveriam manter o decoro e a decência, demonstrado em gestos de caridade, respeito à moralidade e aos costumes, compaixão e sigilo, entre outros (Marques, 2003).

Tonia Costa (2006), explorando o campo da reprodução, trabalha com a ideia de que os processos de medicalização e naturalização estabeleceram o controle social sobre o corpo feminino, estando especialmente ligados à extinção dos curadores populares e ao projeto higienista da modernidade. Para Costa, por meio da medicalização, a figura do médico é associada não apenas à cura, mas também ao posicionamento político e normatizador das condutas e da moralidade. Com a organização da profissão e a legitimidade garantida pela formação educacional universitária, ganhou-se o espaço necessário para estabelecer aqueles que estariam fora dessa nova ordem: toda sorte de curadores populares, identificados como charlatões, incluindo as parteiras. A autora afirma:

“Esse papel decorre do projeto de higienização iniciado no espaço público das cidades, que vai se interiorizando nos lares, no espaço privado das famílias. Por meio da regulação dos indivíduos, para adaptá-los a uma nova ordem, há a produção de características corporais, sentimentais e sociais. O Estado moderno, movido por interesses industriais, necessita manter o controle – demográfico e político – da população adequado a essa finalidade. Para tal, deveria atacar a estrutura organizacional da população, ou seja, a família (Costa, 1983). O objetivo era disciplinar a concepção e os cuidados físicos dos filhos e, para as famílias pobres,

prevenir as perigosas “consequências políticas da miséria e do pauperismo” (Costa, 1979, p.51).” (Costa 1989, p. 366).

Todo um novo ordenamento social é promovido pelo projeto higienista, cujas bases se encontram nas doutrinas positivista e eugenista. Sobre a mulher, recai toda moralidade da época, que atestava sua inferioridade em relação ao homem e sua submissão à natureza reprodutiva. A mulher, naturalmente sujeita aos desígnios dos órgãos reprodutivos, possuía assim uma normalidade potencialmente patológica e a ginecologia surge como a ciência voltada para a manutenção da normalidade feminina e a correção dos desvios. Como desdobramentos desse quadro, de um lado a exaltação da maternidade, com vistas ao povoamento, de outro a tentativa eugênica de organizar a natalidade, que no discurso brasileiro, figurava como medida para diminuição da pobreza, mas na prática recaía sobre as populações pobres, indígenas e negras. A medicalização da reprodução foi essencial nesse processo, sendo responsável direta, por exemplo, pelas iniciativas de esterilização, as altas taxas de cesarianas, a patologização da gravidez na adolescência e da ausência de filhos.

O projeto higienista brasileiro, como em outros contextos, demandou mudanças legais, institucionais e culturais. A instauração da nova República no país foi marcada também pela revisão do código penal e, na área da saúde, passa a ser crime o exercício da medicina sem habilitação, segundo o decreto 169, que reorganizou o Serviço Sanitário brasileira e deu atenção especial às parteiras. A partir de outro decreto (2548, de 1897), formaliza-se a estratégia de descentralização, sendo que o Estado passa a atuar apenas quando estados e municípios não tivessem legislação própria (Mott, 2001).

Como expõem Maria Lúcia Mott (2001), o caso do estado de São Paulo é interessante no sentido da trajetória que o campo segue no país, marcado por muitas transformações e a lenta transição para o modelo de formação a partir da enfermagem. O governo paulista organiza e reorganiza seus serviços de saúde, respectivamente, em 1893 e 1896, quando passa a ser necessário, para atuação como parteira, registro na diretoria do Serviço Sanitário. Em 1899, para a ser necessário realização de exame para prática na cidade, desempenhado pela Escola Livre de Farmácia que, em 1902, passa a oferecer os cursos de Odontologia e Obstetrícia, se tornando a primeira escola de obstetrícia em São Paulo, nomeada Escola Livre de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia – ELFOO. Em dez anos de funcionamento, a escola formou apenas

dezessete parteiras, e no ano de sua extinção, curiosamente, mais nove. Em 1908, legitimam-se as duas vias comuns de legalização: formação ou registro por meio de exame e/ou reconhecimento da formação. Novas proibições foram feitas, dentre elas a realização de consultas e tratamentos ginecológicos, atuação em distocias, administração de medicamentos e, uma das principais, a restrição de atendimento em sua própria residência ou outro local com caráter de enfermaria ou maternidade. Entretanto, essas proibições eram, novamente, mais teóricas que práticas, sobretudo aquelas incidindo em atendimentos ginecológicos e os locais de atendimento.

A medida que se estabeleciam tais regulamentações, firmando cada vez mais a profissionalização no campo, a literatura médica as refletia em críticas às parteiras “leigas”: eram acusadas de ignorância, falta de higiene, manobras incorretas, uso inadequado de medicamentos, por exemplo. E, para as parteiras diplomadas, a inobservância da assepsia e preceitos obstétricos, a imperícia e a atuação com tuberculose ou outras doenças eram apenas alguns dos alvos para penalidades. Entretanto, a fiscalização não tinha rigor até as primeiras décadas do século XX e, além do mais, como afirma Mott (2001): “As parteiras práticas continuaram a exercer a profissão, amparadas pelas parturientes, pelos médicos e até mesmo pela Justiça.”, sendo que os atendimentos de médicos também não eram unanimidade. Esse quadro, leva a autora a perguntar:

“Qual então o papel, o lugar das parteiras na sociedade paulista nas primeiras décadas do século? Como se viu, a legislação restringiu seu papel ao parto normal, reforçou sua posição subalterna aos médicos, bem como limitou sua atuação, colocando-as sob maior supervisão, quando proibiu que recebessem parturientes pensionistas. Embora fossem freqüentemente criticadas por uma parcela da classe médica, eram vistas como necessárias, devendo por isso passar por um aprendizado feito numa escola sob supervisão de médicos.” (2001, p. 50).

A própria autora fornece as pistas para a resposta. O lugar das parteiras foi paulatinamente sendo restringido – por meio de reservas às práticas em si e aos locais de atendimento, a formação em dependência ao modelo médico, o supervisionamento e a fiscalização – para que passassem a atuar como subordinadas dos médicos, em tarefas consideradas menores. Em 1912, é criado o Curso de Partos da Maternidade São Paulo, no qual, segundo Maria Lucia Mott (2001) a formação ainda permitia a atuação autônoma. No entanto, no mesmo ano, é criada a Escola de Enfermeiros e

Parteiras na Santa Casa de Misericórdia de Santos, que marca um novo paradigma, e inicia uma lenta transição, característica da virada do século:

“A documentação sugere que na virada do século, já se podia perceber que a associação entre parteiras e enfermeiras torna-se mais freqüente, não ocorrendo apenas em alguns cursos para formação profissional, como no acima mencionado, mas também no cotidiano de trabalho. Passara a existir a expectativa de que a parteira fosse também enfermeira. Na hospedaria dos Imigrantes, em São Paulo, por exemplo, havia o cargo de «parteira-enfermeira», que aliás foi extinto em 1899, quando o serviço de partos ficou a cargo do médico e foi criado o cargo de enfermeira. Outro sinal dos novos tempos: as parteiras pouco a pouco viram suas antigas atribuições apropriadas, em parte, pelo exercício da Obstetrícia pelos médicos, em parte, pelas enfermeiras, devido entre outras razões, à crescente importância da Medicina Preventiva e às modificações e ampliações dos serviços de saúde, tais como a criação de hospitais, maternidades e centros de saúde. Apesar desses sinais de mudança a parteira leiga ainda mantinha primazia no atendimento ao parto.” (2001, p. 53).

Assim, segundo Maria Luzia Riesco e Maria Alice Tsunehiro (2002), o modelo de formação de parteiras-obstetizes foi sendo substituído pelo modelo de especialização pela enfermagem, representando para a categoria, maiores limitações, controle, hierarquização e segregação espacial (com a restrição ao ambiente hospitalar):

“A associação do trabalho da parteira e da enfermeira foi sendo cogitada já no final do século XIX, quando médicos brasileiros passaram a propor a formação profissional de parteiras que fossem também enfermeiras. Com essa perspectiva, buscavam-se mudanças na atuação das parteiras, limitando sua prática independente, restringindo e controlando seu espaço na assistência ao parto e impondo a hierarquia estabelecida para as enfermeiras, especialmente no hospital.” (2002, p. 450).

Entretanto, como lembra Jane Proganti (2004), a transição para o modelo de hospitalização do parto, interessava fortemente a classe das enfermeiras, pois ali se encontravam em melhor posicionamento, se de um lado tinham menos poderes que os médicos, asseguravam mais poder e legitimidade que as parteiras. As mudanças foram acontecendo lentamente, em tempos distintos, nos dois principais centros formadores brasileiros, Rio de Janeiro e São Paulo (Riesco e Tsunehiro, 2002), em direção à extinção dos cursos de parteiras e à criação de cursos de enfermeiras de maternidades anexos às faculdades de medicina:

Tabela 7 – Principais modificações no Rio de Janeiro e em São Paulo na transição entre os modelos de formação de parteiras e enfermeiras obstétricas

Rio de Janeiro	São Paulo
1925: o curso de parteiras da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro foi encerrado.	1939: foi fundado o Curso de Enfermagem Obstétrica anexo à Clínica Obstétrica da Escola Paulista de Medicina, tendo formado apenas uma turma. Posteriormente, as alunas deveriam iniciar o curso com formação em enfermagem geral e, nos últimos três semestres, cursar cadeiras especializadas em Obstetrícia.
1927: o currículo da Escola de Parteiras de São Paulo sofreu alterações e a disciplina Enfermagem Geral foi incluída no programa.	A partir de 1949: as modificações acabaram sendo incorporadas à legislação. As escolas de enfermagem passaram, oficialmente, a formar enfermeiras obstétricas. A portadora de diploma de enfermeira podia frequentar o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e, ao final de um ano, receber o certificado de enfermeira obstétrica.
1931: a escola passou a denominar-se Escola de Obstetrícia e Enfermagem Especializada, o currículo foi direcionado ao ensino da enfermagem e o curso passou a ter a duração de três anos; ao seu final, as alunas obtinham, além do título de Parteira, o de Enfermeira Especializada.	1971: incorporação da Escola de Obstetrícia da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da USP (Escola de Parteiras da Maternidade de São Paulo) à Faculdade de Enfermagem da USP.

Fonte: RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? Rev. Estud. Fem., Florianópolis, v. 10, n. 2, jul. 2002

Como comentam Maria Luzia Riesco e Maria Alice Tsunechiro (2002), na década de 1960, o Conselho Federal de Educação tenta uma solução conciliatória, estabelecendo o curso de obstetrícia com novo currículo e duração de três anos articulado ao curso de enfermagem por meio de um tronco comum de dois anos. Assim, tanto enfermeiras quanto obstetrizes poderiam fazer a complementação de estudos de um ano para uma especialidade ou outra. Na década de 1970: novas reformas universitárias (para evitar a duplicação de cursos com a mesma finalidade) fundiram os currículos de ambos os cursos estabelecendo uma fase pré-profissional, o

tronco comum e três habilitações possíveis: enfermeira obstétrica/obstetriz, enfermeiro médico-cirúrgico e enfermeiro de saúde pública. Assim, a partir de 1972, se completa a transição para a exclusividade da formação de não-médicos para assistência ao parto a partir da enfermagem. Assim como na primeira transição profissional do campo, que instaurou os cursos de parteiras diplomadas no modelo da obstetrícia, a segunda transição, para o modelo de formação a partir da enfermagem foi marcado por conflitos. Maria Luzia Riesco e Maria Alice Tsunechiro (2002), comentam esses conflitos, ressaltando os diferentes “lados” e vieses:

“Os dois tipos de formação eram oferecidos, e os cursos de enfermagem e de obstetrícia funcionavam de maneira independente. Com a crescente hospitalização do parto, o campo de atuação das parteiras passou a ser objeto de disputa entre estas, as enfermeiras e os médicos, e uma grande polêmica foi gerada entre enfermeiras e parteiras. De um lado, as enfermeiras não aceitavam que as parteiras formadas pelos médicos nos cursos anexos às clínicas obstétricas das faculdades de medicina recebessem o título de enfermeira obstétrica e lutavam por consolidar o curso como uma especialidade da enfermagem. Para elas, os cursos de parteira, denominados de enfermagem obstétrica, eram um exemplo de especialização sem base, uma vez que a formação anterior em enfermagem não era exigida das candidatas. Por outro lado, as parteiras argumentavam que no mundo inteiro o ensino da obstetrícia era responsabilidade de médicos, professores da clínica obstétrica, e que a enfermagem e a obstetrícia eram profissões afins, porém distintas, não sendo possível conferir às enfermeiras com um ano de especialização as mesmas competências e prerrogativas asseguradas àquelas que faziam o curso de obstetrícia.” (2002, p. 451)

Ao passo que novas hierarquizações e territórios se estabelecem, as mudanças vão se consolidando. Assim, deu-se a transição do modelo de formação de parteiras e obstetrizes para o modelo de formação de enfermeiras obstétricas e a coexistência de diferentes territórios sociais para o parto, pela hegemonia do parto hospitalar no Brasil. Como apresenta a socióloga Anayansi Correa Brenes (1991) no processo de desenvolvimento da obstetrícia médica brasileira, se colocavam dois grandes problemas: a necessidade de um local em que o corpo feminino pudesse ser observado e a necessidade de fazer com que os corpos femininos chegassem até esse local. A hospitalização, foi a solução encontrada, ao mesmo tempo um processo, envolvido com outras condições como a construção de uma subjetividade feminina baseada na fragilidade e uma sexualidade baseada na anormalidade e na doença. Assim, os médicos passaram a ser reconhecidos como os únicos conhecedores legítimos da

mulher, como diria Fabíola Rodhen (2001), os prescritores da ciência da diferença (a ginecologia e a obstetrícia), e, por extensão, os únicos sujeitos legítimos para observar e manipular o corpo feminino com “isenção” e precisão, sendo as profissionais enfermeiras suas auxiliares nessa tarefa. A mesma década de 1970, que marca a substituição da formação de parteiras e obstetrizes por enfermeiras, no Brasil, também coincide com a expansão dos cursos de medicina no país, que duplicam no período de 1965 a 1971 (Osava, 1997). Ruth Osava comenta que essa mudança estrutural, também modifica as práticas profissionais, no interior das maternidades por exemplo, as enfermeiras paulatinamente também perdem seu espaço de assistência do parto em si, “(...) se aperfeiçoando na arte de economizar o tempo do médico, sincronizando o trabalho de parto com a chegada do obstetra no hospital.” (1997, p. 5), à mesma maneira que comenta Brigitte Jordan (1997) em um *setting* hospitalar americano.

As diferenciações presentes no processo de hierarquização se manifestam também na própria questão das nomeações, que pode ser entendida como um ponto de partida da auto-definição dos agentes de saúde. Partindo de uma tentativa de alinhamento conceitual proposto por enfermeiras obstétricas, por exemplo, podemos ver o quanto os posicionamentos no campo sempre influenciam a questão das nomeações e definições⁹¹. Textualmente, Maria Luiza Riesco e Maria Alice Tsunechiro (2002) trabalham, mais genericamente, a parteira como aquela que assiste partos. Entretanto, fazem distinções entre categorias:

“As profissões de enfermeira, parteira, obstetriz e enfermeira obstétrica, em sua origem, formação e exercício profissional, são diferenciadas. Parteira é o título mais antigo dessa profissional, posteriormente denominada enfermeira obstétrica e obstetriz. Enfermeira obstetra é a denominação mais recente e consolida a formação de enfermeira (substantivo), adjetivada pela titulação de especialista na área (obstetra, como adjetivo). Embora pareçam nuances de menor importância, traduzem modificações na legislação de ensino e na concepção quanto à modalidade de formação e da própria profissão.” (2002, p. 449)

As diferenças entre os termos são anunciadas e descritas. A parteira, sem nenhum adjetivo, também é considerada, historicamente, uma categoria profissional, e

⁹¹ Além da questão da denominação ocupacional e profissional é importante observar a recorrente nomenclatura masculina da maior parte das enfermeiras obstétricas, como as participantes dessa pesquisa, que frequentemente referem-se a si e ao seu coletivo como “enfermeiro” ou “enfermeiros”.

se observa que as autoras trazem à tona, praticamente, um alinhamento evolutivo, considerando parteira, enfermeira obstétrica e obstetriz, como profissionais⁹². Em outro texto, dessa vez em parceria com Rosa Maria Fonseca, Maria Luiza Riesco (2002) parece utilizar o termo parteira como sinônimo do não-médico na assistência ao parto.

Também é interessante notar que são concepções apresentadas como parte de uma proposta posteriormente revelada, que foi a criação de novos cursos para formação de obstetrizes no país. Apresentada pelas autoras como “nova” obstetriz, essa profissional é identificada a partir de competências como: entendimento da reprodução como fenômeno singular, contínuo e saudável, processo assistencial interativo e colaborativo, decisões articuladas, entre outras características, pelo julgamento intuitivo, interdisciplinaridade, responsabilidade ético-política, autonomia profissional, entre outras.

A construção desse perfil esteve intrinsecamente ligada à proposta de criação do curso de obstetrícia na USP Leste que, reativando esse tipo de formação no Brasil, ocorreu em 2005. São, portanto, textos históricos que apresentam a discursividade de, um lado, parte da classe da enfermagem obstétrica brasileira e, de outro lado, as obstetrizes brasileiras. Cabe perguntar entretanto, se estaríamos reproduzindo o discurso da novidade sobre uma classe profissional que, para além de diferenciá-la do existente, busca legitimidade, como em outros tempos e lugares (Homei, 2002; Mott, 2005, Thébaud, 2002; Beauvalet-Boutouyrie, 2002). Problemática que se faz necessária quando a discursividade, mais uma vez, revela contradições que parecem inerentes ao campo – a questão do controle, da hierarquia de complexidade entre as práticas e os profissionais e a assunção do diferente como “leigo” – como pode ser visto nos trechos abaixo.

“As razões para que parteira esteja em evidência podem ser várias, destacando-se entre elas, que a falta da parteira contribui para o aumento das taxas de cesarianas, pois não há quem **controle o trabalho de parto para que ele evolua normalmente.**” (Riesco e Fonseca, 2002, p. 686, grifos meus).

⁹² A International Confederation of Midwives – ICM, entidade internacional das obstetrizes ainda considera nesse rol, parteiras tradicionais e auxiliar de obstetriz (Riesco e Tsunechiro, 2002).

“(...)a parteira, assumindo **atribuições menos complexas** na assistência obstétrica, liberaria o médico para realizar atividades especializadas e, recebendo **remuneração menor que o médico**, diminuiria os custos na prestação de serviços de saúde, tanto na rede pública, quanto na privada.” (Riesco e Fonseca, 2002, p. 686, grifos meus).

“Ainda segundo os discursos⁹³, o parto assistido por pessoal leigo é **admissível somente em regiões afastadas e em condições de carência de leitos hospitalares.**” (Riesco e Fonseca, 2002, p. 688, grifos meus).

É interessante observar como as diferentes nomeações e concepções se manifestam ao longo das décadas, na paulatina mudança implicada nos processos de construção e reconstrução das profissões. A preocupação em nomear adequadamente, explicitar os atributos e qualidades necessários, e afirmar o sistema de conhecimentos que suporta as práticas no campo se manifesta, por exemplo, nas produções acadêmicas desses agentes. A ascensão do modelo de formação e prática em obstetrícia a partir da enfermagem, característico da década de 1970, e o questionamento desse mesmo modelo, em direção a um retorno ao modelo de formação de obstetrizas, a partir, aproximadamente, do fim da década de 1990, podem ser claramente percebidos em duas teses de doutorado produzidas na Universidade de São Paulo. Trata-se das teses de Francisca Nogueira Soares (apresentada à Escola de Enfermagem), de 1972, e Ruth Hitomi Osava (apresentada à Faculdade de Saúde Pública), de 1997.

A tese de Francisca Nogueira Soares, intitulada “A enfermeira obstétrica: sua função na sala de parto”, apresenta em 63 páginas (incluindo anexos) os resultados de uma pesquisa sobre o conhecimento de membros da equipe de assistência obstétrica (considerando médicos e enfermeiras) de maternidades sobre as atribuições da enfermeira obstétrica. A abordagem utilizada está impregnada de uma concepção religiosa católica e manifesta a concepção da mulher como reprodutora, sem considerar aspectos de sua sexualidade, sendo ela a responsável pela harmonia familiar, a saúde dos filhos, dependentes dos profissionais de saúde, com os quais devem colaborar em face do desequilíbrio emocional causado pela gravidez, inserida em um paradigma de risco e doença, em que o parto é um momento de perigo e

⁹³ Discursos analisados no artigo citado, a partir de pesquisa com “duas obstetrizas, duas enfermeiras obstétricas, uma enfermeira de saúde pública, três médicos obstetras e uma médica sanitária.” (Riesco e Fonseca, 2002, p. 687).

sofrimento. Os desequilíbrios manifestados pelas mulheres são vistos como os geradores das distocias e justificam as ações (“tomadas de atitude”) dos profissionais. Todas as decisões na assistência ao parto cabem aos profissionais médicos, sob cuja autoridade as enfermeiras estão e se relacionam em dependência, sendo suas colaboradoras, atuando apenas “quando possível”. Em um quadro de valorização apenas do corpo e aspectos biológicos, apesar da distocia ser enunciada como delimitador entre a atuação da enfermeira e do médico, o médico é responsável e atuante em todos os casos de parto e em “todos os seus múltiplos aspectos”. São identificadas tensões entre médicos e enfermeiras, sendo as últimas responsáveis por tais tensões.

A tese de Ruth Hitomi Osava, intitulada, “Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico”, é definida enquanto um estudo de caso sobre a atuação de não-médicos, em particular, enfermeiras obstétricas e está baseada na pesquisa histórica. A leitura da autora sobre a história da assistência ao parto, ressalta a apropriação masculina, pelos médicos, do saberes da parturição, mas considera as hierarquizações presentes também entre parteiras e enfermeiras obstétricas. Constrói dois tipos ideais que representariam a atuação de parteiras e enfermeiras obstétricas “*nightingaleanas*”, inspiradas nas figuras das deusas gregas Ártemis e Atenas. Percebe-se que características associadas ao perfil das parteiras são reforçadas enquanto características desejáveis e, quando em análise dos programas educacionais formadores, são atribuídas às obstettrizes. A análise do “parto tecnológico” é contraposta à proposta de humanização da assistência e são discutidas algumas situações presentes no cotidiano da assistência, nas residências de medicina e enfermagem em maternidades, e uma série de procedimentos. Nesse sentido, a tese de Ruth ilustra como as produções acadêmicas se ligam às proposições políticas, uma vez que fornece a base para justificar a proposição da abertura do curso de obstetrícia, que veio a ocorrer na Universidade de São Paulo oito anos depois.

As duas teses comentadas representam diferentes temporalidades e diferentes formas de afirmar o conhecimento autoritativo desses agentes de saúde no campo da assistência obstétrica, propondo diferentes leituras e releituras da profissão. Nesse processo de redefinição, várias forças estão envolvidas, inclusive, é importante não negligenciar, as produções acadêmicas de cientistas sociais. A influência dessas produções, desde o fortalecimento das análises feministas, tem se manifestado nos estudos sobre o campo, bem como, influenciado a ação de ativistas, consumidoras,

profissionais e “*policy makers*”. São atuações que se colocam de maneira fronteira entre campos, e na transversalidade do social, político e cultural. A antropóloga Robbie Davis-Floyd, com sua produção e atuação, ilustra bem esse atuar fronteiro. Seus estudos tem apresentado grandes contribuições teóricas e empíricas e claramente tem provocado implicações práticas. Isso se dá quando, por exemplo, a autora propõem a nomeação de um novo tipo de parteira que estaria em surgimento em contexto internacional: a obstetrix pós-moderna (*postmodern midwife*)^{94 95}. Segundo a autora, as obstetrixes pós-modernas são “relativísticas, articuladas, organizadas, políticas e altamente conscientes tanto de sua singularidade cultural quanto de sua importância global⁹⁶” (2008, p. 169). Nesse sentido, atuam criticamente frente ao sistema biomédico, mas também aos seus próprios sistemas “populares” (*folk system*). As obstetrixes pós-modernas, para Davis-Floyd, “ainda” precisariam lidar com as pressões impostas pelo modelo biomédico e, por vezes, nesse contexto, em relação às parteiras tradicionais (*traditional midwives*) reproduzem o princípio hierarquizante, pelo qual estão submetidas aos médicos, produzindo competição, ou interação respeitosa e criativamente, produzindo cooperação. Esse seria mais um paradoxo da prática obstétrica contemporânea. Davis-Floyd ilustra sua perspectiva a partir de três casos: as obstetrixes mexicanas, japonesas e holandesas. No caso mexicano, a antropóloga identifica um tipo totalmente novo de “*partera tradicional*”⁹⁷. Embora formadas em escolas de obstetrícia de entrada direta, estão profundamente conectadas com as parteiras tradicionais, tanto no programa curricular, com estágios em comunidades tradicionais, quanto em permanente diálogo por meio de conferências, workshops, encontros, que conformam um verdadeiro movimento social de valorização e preservação dos conhecimentos tradicionais.

⁹⁴ Partindo do pressuposto que qualquer estudo sobre parteiras e obstetrixes ou sobre o processo reprodutivo na contemporaneidade, em geral, necessariamente estará a frente do modelo biomédico e das estruturas governamentais, como pano de fundo.

⁹⁵ Embora não seja possível precisar se foi intenção da autora ou dificuldade de tradução, buscar uma equivalência global para a definição de parteira implica em sérias dificuldades, o que se manifestou já na tentativa de traduzir um dos termos descritores (palavras-chave) utilizado no resumo da autora que, em inglês, indica: “Midwives, practical” e que foi traduzido como “Parteira leiga” em português e “Parteras tradicionales”, em espanhol, ou seja, três adjetivos diferentes. A partir desse exemplo, vemos mais uma vez que as polêmicas e o dissenso no campo começam já na nomeação dos atores.

⁹⁶ A tradução livre desse trecho e demais da literatura em língua estrangeira é minha.

⁹⁷ Termo nativo.

No caso japonês a autora identifica que desde o movimento pelo parto natural da década de 1980, as obstetrias vem buscando oferecer opções às mulheres, que incluem a atenção hospitalar modificada, com liberdade de posições para parir, por exemplo, ou o parto em casas de parto (*birth houses*), estando assim na limiariedade e mediação entre o cuidado obstétrico e alternativo, o hospital e a casa, o moderno e o tradicional, o local e o internacional. Na Holanda, que possui fama internacional por ter preservado relativamente o parto em casa⁹⁸, a autora identifica novas estratégias para proteção da profissão e da possibilidade de escolha pelo parto em casa por meio de campanhas e movimentos sociais e busca de sustentação em “evidências científicas”.

Para a autora, uma definição internacional de obstetria depende dos programas educacionais reconhecidos pelos governos. Com isso, a necessidade de nomear, pode ter efeitos locais indesejados uma vez que os nomeadores são aqueles em posição hierarquicamente superior, o que tem como resultado múltiplas discriminações. A definição de “atendentes de parto tradicionais” (*traditional birth attendants – TBA*) é portanto, considerada por muitos cientistas sociais (como no estudo brasileiro de Soraya Fleischer) arbitrária e problemática em seus efeitos culturais – uma vez que assume que o conhecimento em questão não é válido, como para Soraya Fleischer e Susana Tornquist) –, privilegiando definições que incluam os papéis sociais e comunitários das parteiras⁹⁹. Diante disso, Robbie assume a polarização entre obstetrias (*professional midwives*) e parteiras tradicionais (*traditional midwives*) como as duas principais ramificações em escala global, cujas fronteiras estão sendo “embaçadas” pelas combinações contemporâneas.

Dos percursos até aqui relatados sobre a história do campo da assistência obstétrica brasileira, ficam evidentes a relevância dos processos de hierarquização entre os agentes de saúde e da hospitalização, atravessados pela heterogeneidade,

⁹⁸ Cerca de um terço dos partos na Holanda ocorre com obstetrias no domicílio (Davis-Floyd, 2008).

⁹⁹ Na visão de Robbie, “para a maioria dos cientistas sociais, uma obstetria pode ser uma praticante (*practitioner*) que vai de encontro à definição internacional e/ou é reconhecida como tal pela sua comunidade” (2005, p. 171). Apesar dessa conclusão generalista, a autora vai mais além em argumentar que é necessário reconhecer que as parteiras tradicionais provêm serviços vitais para as populações que servem, bem como preservam seus sistemas de conhecimento. Para Robbie, isso não implica em romantizar a atuação de parteiras, mas de tratá-las com o mesmo relativismo que as obstetrias aplicam à biomedicina.

mesmo no interior de práticas hegemônicas e por contradições entre o teórico e o prático, o prescrito e a prática além do prescrito.

3.4 – A proposta do Parto Humanizado

Como visto na sessão anterior, historicamente ocorreu um lento, heterogêneo e conflituoso processo de medicalização da maternidade. No Brasil, como em outros países, isso se refletiu na hegemonia médica no campo obstétrico, com atuação bastante restrita e submissa da enfermagem, na hospitalização e um modelo intervencionista de atuação. Como afirmou Françoise Thébaud para o contexto francês, “(...) a partir dos anos 1970, esse movimento de medicalização deparou-se com a contestação do poder médico e com as reivindicações das mulheres para disporem de seus corpos. Hoje, desenha-se uma nova configuração que alia (ou melhor, busca aliar), de modo geral, segurança, conforto e respeito às individualidades.” (2002, p. 426)”. Essa nova configuração referida por Thébaud diz respeito às propostas não hegemônicas de assistência, que, no Brasil, estão mais ou menos alinhadas a proposta de humanização da assistência. O chamado “movimento pelo parto humanizado” engloba uma série de práticas e sujeitos, se configurando enquanto uma proposta que envolve, de um lado a qualidade da assistência e os direitos das mulheres, identificando-se com uma postura não intervencionista, entendendo esse acontecimento como uma coisa “natural”, buscando a simetria das relações entre mulheres e agentes de saúde, promovendo a autonomia feminina pautada na informação e fundamentada nos direitos humanos e reprodutivos (Nonato, 2007).

Segundo Tornquist (2002; 2004), duas vertentes caracterizam o movimento de humanização do parto: uma que dialoga – isto é, utiliza elementos discursivos de afirmação – com o modelo biomédico e outra com um universo alternativo (caracterizada pelo neo-espiritualismo e um *ethos* individualista libertário). De um lado, busca-se a fundamentação das chamadas “evidências científicas”, de outro, elementos associados a uma composição do feminino que estabelece uma relação de intuição, percepção, cuidado de si e do outro. Assim, ambas compartilham elementos e o ideário ecologista (Tornquist, 2004). O parto humanizado resgataria, portanto,

elementos “tradicionais” da assistência e promoveria um “retorno” à natureza fisiológica, logo ao instinto, que seria parte de nossa natureza animal. Assim, a fisiologia do parir, associada ao instinto, compõe a idéia de uma natureza feminina¹⁰⁰. Essa virada seria necessária frente aos malefícios causados pelas intervenções médicas e em contraposição à tecnocracia.

A partir da década de 1930 (Arney, 1982), o parto passaria a ser caracterizado como um evento bidimensional, envolvendo os aspectos físicos e psicológicos. Na década de 1950 (a partir do pós-guerra) surge um amplo revisionismo no âmbito da obstetrícia (Tornquist, 2004), configurando vanguardas obstétricas, como a chamada geração do Parto Sem Dor – PSD (Salem, 1983).

Como apresenta Tornquist (2004) o PSD é centrado na figura de Ferdinand Lamaze, obstetra francês, pai do método psicoprofilático. Esse método, originado no comportamentalismo russo¹⁰¹, rompeu com a Igreja por admitir a contracepção, o parto sem dor e ter sido identificado com o comunismo. O parto se evidencia como um fenômeno pertencente à arena política, incluindo, nessa vertente, um *ethos* revolucionário, alinhado ao pacifismo. Posteriormente, o PSD ganha popularidade e é publicizado na França, sendo revestido de um naturalismo que permite seu reconhecimento pela Igreja (com pronunciamento do Papa) e pelo poder público (a partir do incentivo financeiro, com reembolso, aos casais que fizessem tal preparação para o parto).

É possível localizar uma geração pós-PSD, que proclama a novidade na obstetrícia, sendo herdeira do PSD (Tornquist, 2004). Nas décadas de 1970 e 1980 fala-se, então, em parto natural e ecológico, casal grávido e medicina alternativa.

O Parto Humanizado começa a aparecer nas obras desses “revisionistas” pós-PSD¹⁰², nas décadas de 1970 e 1980, mas apenas se torna um vertente herética da obstetrícia consolidada na década de 1990, com uma construção de referência

¹⁰⁰ As ideias aqui reproduzidas baseiam-se, resumidamente, em ampla revisão de literatura interna ao campo do PH, relatada em minha dissertação de mestrado.

¹⁰¹ O método consiste na preparação psicológica da mulher para o parto, como promessa para lograr um parto sem dor. Baseia-se na construção, por meio do treinamento, de uma série de reflexos condicionados. Parte da ideia de que a informação pode permitir à mulher uma postura ativa e que, uma vez ativa, ela poderá controlar e disciplinar suas reações. São palavras-chave para o método: a direção das emoções, racionalização, esclarecimento, normalidade e anormalidade.

¹⁰² Por exemplo: Michel Odent e Frederick Leboyer (franceses), Sheila Kitzinger e Janet Balaskas (inglesas).

diferencial em relação ao modelo biomédico hegemônico e como um “conceito guarda-chuva”, agregador de outras denominações (parto natural, parto alternativo e parto de cócoras, Leboyer, etc.). Como aponta Tornquist (2004) o conceito é validado nas conferências da OMS e, no Brasil, por um grupo de profissionais associados à REHUNA. Importante notar que existe uma completa concordância em relação à polissemia da humanização, mesmo em se tratando do contexto específico do parto (Teixeira, 2005; Deslandes, 2005a; Deslandes, 2005b; Diniz, 2005).

De acordo com diferentes autoras, é importante reconhecer o PH enquanto uma das contribuições feministas à saúde reprodutiva (Diniz, 2005; Tornquist, 2004), originário na transição democrática e da saúde no Brasil¹⁰³ entre as décadas de 70 e 90, com a Reforma Sanitária (Deslandes, 2005b; Serruya et al, 2004a; Serruya et al, 2004b, Benevides E Passos, 2005; e Vaitsman E Andrade, 2005), a criação do PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (1983), a emergência de ONG’s e a criação de programas e políticas pelo Ministério da Saúde (Nonato, 2007). Maria Luiza Riesco e Maria Alice Tsunehiro (2002), elencam uma série de iniciativas, entre elas, projetos de lei (para regulamentação de parteiras, e da profissão de técnico em obstetrícia humanizada, por exemplo), discussões em torno dos recursos humanos adequados para o SUS, financiamento pelo MS de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, a inclusão do parto realizado por enfermeira obstétrica na tabela de procedimentos do SUS e a criação de Casas de Parto, enquanto iniciativas para enfrentar a crise na assistência obstétrica (alta razão de mortalidade materna e proporção de cesarianas).

Atualmente, discute-se os limites do PH em relação, de um lado, a ter-se tornado uma espécie de “modismo” na saúde, “vendido” e consumido, como outras tecnologias, implicando em aplicações rotuladas (Benevides e Passos, 2005) e, de outro, ter-se instrumentalizado nos espaços públicos, num contexto onde persistem depoimentos de desrespeito às vontades das mulheres (Tornquist, 2004; Nonato, 2007).

¹⁰³ O Brasil passa a ter um sistema universal de saúde a partir da Constituição de 1988, onde se estabelecem os princípios para o surgimento das Leis orgânicas da saúde, 8.080 e 8.142, de 1990. O atendimento à saúde da população antes do surgimento do Sistema Único de Saúde – SUS era marcado pelos atendimentos privados, filantrópicos e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que provia assistência aos contribuintes da previdência social.

Assim, o PH, se inscreve também, em um terreno de conflitualidades. Nesse terreno colocam-se tensões múltiplas: tensões conceituais, tensões entre atores, tensões em torno da busca de um instinto, essência ou natureza feminina e do parto, em torno do fisiológico e do cultural. Porém, nesse grande terreno de conflitualidades, a disputa pela hegemonia no campo envolvendo profissionais (médicos obstetras, enfermeiras obstetras, obstetrizes) e não-profissionais, que busca definir a legitimidade do processo de assistência ao parto e nascimento é, sem dúvida, uma das tensões mais evidentes. Algumas tensões também podem ser encontradas no campo do Parto Humanizado e da assistência obstétrica em relação ao feminismo e/ou teorias do gênero, como a construção de um ideário feminino, centrado na idéia de natureza, e a necessidade de uma espécie de “aprendizado dos instintos”. (Tornquist, 2002, 2003; Nonato, 2007). Essas tensões podem se desdobrar em questionamentos sobre a tentativa de universalização¹⁰⁴ das práticas do Parto Humanizado, que partem de uma tentativa de despadronização, mas podem recair em um novo engessamento simbólico e prático, revestindo seus discursos e técnicas (Nonato, 2005; Benevides e Passos, 2005).

¹⁰⁴ Para Bila Sorj (1992) a aproximação entre feminismo e pós-modernismo não ocorre sem divergências e seriam duas as principais: a tentativa do feminismo de construir uma perspectiva emancipatória, sendo produtor e portador de uma verdade, um novo consenso, e a ênfase numa ética particular que, não obstante, necessita de legitimidade universal. Cabe pensar em que medida essas mesmas divergências podem estar presentes no campo do parto humanizado se manifestam, especificamente em relação às Casas de Parto.

Capítulo 4 – Casas de Parto: práticas, significados, espaços e territórios do parto e nascimento

“O espaço é como o ar que se respira. (...) Para sentir o ar é preciso situar-se, meter-se numa certa perspectiva. (...) o espaço se confunde com a própria ordem social de modo que, sem entender a sociedade com suas redes de relações sociais e valores, não se pode interpretar como o espaço é concebido.”

Roberto Da Matta¹⁰⁵

4.1 – Casas de Parto no contexto da proposta de humanização da obstetrícia

O campo da assistência ao parto se constitui enquanto campo de afirmações e disputas em torno de significados que circulam no estabelecimento do conhecimento autoritativo, incorporado no *habitus* dos diversos atores profissionais e não profissionais presentes nesse cenário. Em um contexto no qual a assistência à saúde configurou-se hegemonicamente a partir do modelo biomédico, fundamentalmente, se colocam como padrões dois processos históricos contínuos: a hierarquização entre agentes de saúde, em sua maior parte de forma piramidal (no qual médicos ganham proeminência em detrimento de obstetristas, enfermeiras obstétricas e parteiras), e a hospitalização do parto, com a quase extinção de outros tipos de estabelecimentos de saúde e do parto no domicílio.

Contudo, historicamente, é necessário admitir a heterogeneidade que constitui esse mesmo campo, onde também se apresentam discursos dissidentes e vertentes heréticas (Nonato, 2007; Tornquist, 2003, 2004; Salem, 1983), muitas vezes, atualmente, aglutinados na chamada proposta de humanização da assistência ao parto, principalmente a partir da década de 1980. No Brasil, é a partir da década de 1990 que a proposta começa a se consolidar pela atuação de usuárias e profissionais do sistema

¹⁰⁵ MATTA, Roberto da. *A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997, 5a edição, p. 29-30.

de saúde, sociedade civil, mercado e governo. Assim como essa proposta vem colocando em um “cardápio de possibilidades” novas ou renovadas práticas assistenciais, fortalecendo a participação de classes profissionais (obstetizes, enfermeiras obstétricas), propondo a atuação de novos agentes (como as doulas) e fortalecendo a participação de outros atores (familiares, por exemplo), também há um alargamento das possibilidades de locais onde o parto pode ou deve ocorrer idealmente.

Se for retomada a análise histórica na linha proposta por Willian Arney (1982), é no período de monitoramento, pós segunda guerra mundial, que as possibilidades de local de parto são aumentadas, pelo paulatino aparecimento de alternativas à dicotomia domicílio-hospital. É a partir deste momento que aparecem as Casas de Parto, novos cenários obstétricos no interior de maternidades e hospitais e o próprio parto domiciliar passa a ser reconsiderado como uma alternativa viável, agradável e segura.

As Casas de Parto, portanto, tem seu surgimento associado à necessidade de promoção de um novo ou diferenciado modelo assistencial para a gestação e o parto (Fernandes, 2006; Turkel, 1995). Para a concretização dessa proposta foi identificada pelos atores envolvidos, principalmente as mulheres usuárias dos sistemas de saúde e os profissionais privilegiados (obstetizes e enfermeiras obstétricas) a necessidade de novos territórios. Esses novos territórios se concretizaram nos ambientes hospitalares adaptados, com salas e suítes especiais e enfermarias modificadas, nas Casas de Parto autônomas ou anexadas à maternidades e no “retorno” da legitimidade do parto no domicílio (embora ainda bastante limitada).

Na busca de um modelo assistencial diferenciado, em alguns países e no Brasil, as Casas de Parto incorporaram ideias, práticas, preceitos relacionados à proposta de humanização do parto (Fernandes, 2006), buscando operacionalizá-los a partir da reprodução de ambientes mais acolhedores e íntimos para o parto, que passa a ser um cenário a mais, para escolha das mulheres sobre o local de parir e para atuação de profissionais sintonizados com um modelo não intervencionista e “baseado em evidências”, sobretudo de acordo com normas e recomendações da OMS (Hoga, 2005).

Com isso, a identificação de ambas – Casas de Parto e a proposta do PH – se dá a partir, por exemplo, do baixo intervencionismo, da assistência por profissionais não-médicos, da promoção de uma ambiência própria (acolhedora, íntima, privada,

favorecida pelo controle da temperatura, da luminosidade e da sonorização) com características que lembram mais as residências das mulheres que ambientes hospitalares¹⁰⁶, com alternativas de alívio não-farmacológico da dor (massagens, banhos de chuveiro e/ou banheira, por exemplo), estímulo à postura ativa (por meio da deambulação, caminhadas, exercícios de balanço pélvico, agachamento, etc), presença de acompanhantes (familiares, doulas), de forma personalizada. As salas onde ocorrem os partos, ambientadas como quartos, também são os locais nos quais as mulheres e seus familiares passam os períodos do pré-parto e pós-parto, no Brasil chamadas de suítes PPP – pré-parto , parto e pós-parto (Brasil, 1999b). Como coloca Luiza Hoga (2005), entretanto esses itens de identificação, não se refletem apenas pontualmente, mas relações entre clientes e profissionais e entre a própria equipe, nos procedimentos técnicos, na estrutura do serviço, enfim, na integralidade da assistência. Na visão de Kathleen Turkell (1995), as CP assumem que a grávida é saudável e a gravidez é um processo saudável. Com isso, o controle e responsabilidade da assistência estaria prioritariamente com a família e as clientes, dentro de um modelo voltado para o cuidado de obstetrizes (midwifery model).

Embora parte dos autores (Campos e Lana, 2007; Hoga, 2005) considerem os princípios norteadores das Casas de Parto alinhados à proposta de humanização da assistência obstétrica, Nilce Machado e Neide Praça (2006) consideram mais acertado relacionar este tipo de instituição ao que chamam de “assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente/cliente”. Argumentam que com isso, estaria ainda mais enfocada a participação e autonomia das mulheres nas escolhas e na condução do seu processo de trabalho de parto e parto. Entretanto, reconhecem não haver diferenças entre essa forma de conceber o cuidado e a proposta de humanização, e todos elementos conceituais que citam também estão lá contemplados: compromisso com o outro, relações harmônicas entre profissionais, clientes e seus acompanhantes, valorização de aspectos emocionais e subjetivos, individualização do cuidado, visão holista, ações baseadas na informação, tanto para profissionais (evidências científicas) quanto para clientes (escolha informada).

No contexto internacional, é a partir da década de 1980, que surgem Casas de Parto em diversos países, seja na política de saúde pública, seja por meio de maternidades privadas (Riesco et al, 2009; Vadeboncoeur, 1994; Turkell, 1995). Esse

¹⁰⁶A esse respeito, ver anexo de imagens, Anexo 1 e 2 e fotos neste capítulo.

processo é ligado ao movimento de humanização do parto em contexto internacional, tendo como referenciais recomendações de organizações das Nações Unidas, debates no campo de especialistas, movimentos sociais e redes de consumo (Machado e Praça, 2005, 2006; Nonato, 2007). Na França, no Canadá e no Brasil, por exemplo, movimentos locais vem buscando apoio público e privado para abertura de Casas de Parto¹⁰⁷.

As primeiras experiências são relatadas no contexto de comunidades rurais dos Estados Unidos (Turkel, 1995) e um estabelecimento na cidade de Nova York, inaugurado em 1975 é apontado como primeira casa de parto, (Vadeboncoeur, 1994; Turkel, 1995; Campos e Lana, 2007). Existem poucas indicações sistematizadas do número de estabelecimentos desse tipo no mundo, entretanto, como exemplo, afirma-se que cerca de 150 existem nos Estados Unidos – onde são chamados de *freestanding birth centers* (Davis-Floyd, 2008)¹⁰⁸ – 40 na Alemanha e 11 na Suíça¹⁰⁹. As informações sobre casas de parto¹¹⁰ se encontram dispersas, principalmente em periódicos da área obstétrica e sites com informações para usuárias.

A partir de uma conceituação técnica, pode-se dizer que as Casas de Parto são centros de assistência ao parto “normal”, nos dizeres nativos, “sem riscos” ou de “risco habitual”, “de baixo risco”, “sem distocia” (quaisquer tipos de complicações). Isso quer dizer que as gestantes lá assistidas precisam estar encaixadas segundo critérios definidos em protocolo (Turkell, 1995), conforme os quais são continuamente avaliadas. As mulheres assistidas nas CP precisam estar classificadas como gestantes de “baixo risco” para complicações, segundo critérios iguais aos critérios médicos. O objetivo dessa prática é evitar o surgimento de situações

¹⁰⁷ Como exemplos, existem movimentos que mantêm websites de divulgação no Québec/Canada (www.mnmonteregie.com) e na França ([www.http://chaumont.catherine.free.fr/mdn/](http://chaumont.catherine.free.fr/mdn/)). No Brasil a Casa Angela é um exemplo de movimento comunitário que busca apoio público e privado para manutenção e expansão da casa.

¹⁰⁸ Segundo Kathleen Turkel, os Free Standing Birth Centers – FSBCs são as CP autônomas e quando dentro dos hospitais, são chamados Alternative Birth Centers – ABCs, tendo esses último uma maior atmosfera domésticas, mas com equipamentos de alta tecnologia disponíveis com facilidade.

¹⁰⁹ Segundo dados do artigo *Maison de Naissances*, disponível em http://fr.ekopedia.org/Maison_des_naissances, acesso em outubro de 2007.

¹¹⁰ A busca de informações nos periódicos da área obstétrica permite o contato com informações descritivas e históricas entretanto, ao mesmo tempo, é necessário realizar uma leitura de fundo, que permita vislumbrar elementos discursivos próprios ao campo.

emergenciais, que necessitam transferência para maternidades que possam oferecer recursos adicionais (para o parto vaginal assistido, com fórceps ou vácuo extrator, e a realização da cirurgia cesariana). Os critérios podem variar de acordo com a CP mas, podem excluir, por exemplo, mulheres com cesariana anterior, com diabetes gestacional, gestação gemelar, apresentação fetal pélvica, ou que estão utilizando medicamentos.

As CP podem ser consideradas como unidades de alta “resolutibilidade” – baixos custos e eficácia no alcance de seus objetivos – tal como nos Estados Unidos e no Japão¹¹¹, apresentando baixíssimos níveis de morbimortalidade materna e neonatal (Sepúlveda, s.d.), geralmente abaixo da média das maternidades hospitalares. Em cada contexto, as CP possuem especificidades com relação aos tipos de equipamentos disponíveis, a participação da comunidade na gestão e o tipo de profissionais que prestam assistência (quase exclusivamente enfermeiras obstetras ou obstetrizes). Elas podem ser a entrada de primeiro nível, na atenção básica, para gestantes no sistema de saúde e apesar da centralidade no cuidado de enfermeiras e obstetrizes, essas também precisam da articulação com médicos e hospitais para, por exemplo, referência, consultas e backups. Para Turkell (1995), essa necessária relação coloca para as CP a condição de ao mesmo tempo desafiar o modelo médico e, fazer parte do sistema de saúde.

Em relação à localização das CP, essas podem ser localizadas em proximidade à maternidades hospitalares, no interior das mesmas ou de forma autônoma. Naquelas que são autônomas, normalmente, existem meios de transporte (carros, ambulâncias) para realizar a remoção das gestantes no caso de ocorrência de alguma complicação no parto, o que varia conforme o contexto. No Brasil, a disponibilidade de ambulâncias é obrigatória (Brasil, 1999b), já no Canadá (Québec), por exemplo, as remoções são realizadas a princípio nos carros das próprias gestantes ou das profissionais, ou ainda pode ser solicitada uma ambulância (serviço pago). Geralmente, é exigido que os serviços prestados nas CP autônomas possuam uma

¹¹¹ O Japão é uma referência quando se trata de Casas de Parto, tendo inclusive, a Japan Internacional Cooperation Agency – JICA, firmado convênios com o MS para a realização de cursos de capacitação voltados à enfermeiras obstétricas e gestoras(es) brasileiras(os) com duração entre um e três meses e com estágio prático nas Casas de Parto do Japão. Além dessas capacitações, a JICA vem atuando no Brasil desde 1994, aproximadamente, por meio de estudos e financiamento de projetos relacionados a humanização do parto e Casas de Parto, principalmente na região nordeste (informações do Project Outline, www.jica.org.br, acesso em 10 de janeiro de 2007).

“referência” para transferências maternas e neonatais formalizada, com maternidades hospitalares localizadas na sua proximidade, bem como, em alguns casos, médicos obstetras e neonatologistas que possam fornecer consultas de *backup*. De acordo com o sistema de saúde de cada país onde a CP está inserida, os serviços serão pagos, reembolsados total ou parcialmente pelo governo ou cobertos diretamente pelo sistema, bem como o mesmo se dará em relação aos exames que compõem o elenco do pré-natal ou ainda outras atividades.

A configuração das CP em cada país estará ligada às suas condições históricas de surgimento e as próprias práticas assistenciais irão variar de acordo com o processo de institucionalização do parto e das profissões a ele relacionadas. Luiza Hoga (2005), por exemplo, comenta o caso japonês. No país, a partir de 1946, com a nova constituição, os partos passaram a ser obrigatoriamente institucionalizados. Uma associação de enfermeiras obstétricas solicitou ao governo autorização para adequação de suas residências para assistência ao parto, uma vez que perderam o espaço domiciliar de prestação de cuidados. Com a anuência do governo, a partir de 1960, surgiram muitas CP, que podem prestar apenas a assistência de enfermagem no ciclo gravídico-puerperal ou, além desse cuidado, oferecer internação para assistência ao parto. Para uma ideia numérica, no ano de 2000, haviam 51 CP no estado de Osaka e na cidade de Osaka, 33, distribuídas entre os bairros e, no ano de 1986, 1994 enfermeiras obstétricas eram donas de CP no país. A CP pode, nesse contexto, se caracterizar como um negócio de família, transmitido entre gerações de mulheres (o que, em relação ao aprendizado profissional, completaria também a formação escolar), tecendo uma vasta rede capilarizada de assistência ao parto¹¹². Para Davis-

¹¹² Luiza Akiko Komura Hoga (2005) ainda descreve detalhadamente a estrutura e a assistência prestada em uma CP da cidade de Osaka, na qual estagiou por um mês, no ano de 2000. Em relação às casas brasileiras, a proposta, em geral, parece bastante semelhante, mas algumas diferenças merecem destaque: toda assistência no país é paga (pois gestação e parto não são considerados doença), à facilidade de escolha e de acesso às CP, pois são bem distribuídas nas cidades o que facilita também as consultas domiciliares, as CP possuem equipamentos para realização de alguns exames, como o ultrassom, os quartos para internação não são suítes, são quartos com banheiro compartilhado, onde a gestante fica durante o trabalho de parto e o parto ocorre em outra sala que oferece diferentes formas de parir, tanto em leito obstétrico, quanto em tatames no chão. Diferentemente das enfermeiras obstétricas e obstetras brasileiras, as japonesas não utilizam indução com ocitocina sintética, não realizam episiotomia e episiorrafia (proibidas por lei), a internação é prolongada (5 dias), o cuidado prevê visita domiciliar após o parto, não existem auxiliares de enfermagem e profissionais de limpeza, sendo todo o trabalho compartilhado entre a equipe. Interessante que mesmo com a configuração espacial interna fragmentada, como nas maternidades hospitalares, outros quesitos compõem o ambiente próprio de CP,

Floyd (2008) – comentando sobre o caso japonês –, os partos em casa e em casas de parto contradizem noções evolucionistas e modernistas que definem a hospitalização do parto como um “progresso médico” e, atualmente, fazem parte das alternativas que as parteiras pós-modernas vem proporcionando às mulheres, no conjunto de numa reinvenção de suas práticas profissionais.

Como comenta Kathleen Turkel (1995), a promoção da autonomia profissional das enfermeiras obstétricas requer que elas saiam do sistema médico, mas sempre estabelecendo uma relação de apoio. Assim, podem ainda manter alta conexão administrativa com hospitais e médicos e, portanto, menor controle, que pode se manifestar, por exemplo, em situações de mudanças protocolares (para definição dos critérios de “risco”, critérios de transferência, limites de tempo na assistência, etc.) com maior pressão sobre as práticas das enfermeiras obstétricas. Todavia, para essas profissionais, as CP podem representar uma solução de compromisso entre o hospital e a casa, a interação entre modelo médico e o “*midwifery model*” (Annandale apud Turkell, 1995), provendo o cenário de trabalho ideal: responsabilidades compartilhadas com equipe, maior liberdade em relação a vulnerabilidade legal do parto domiciliar, alto grau de autonomia.

Nesse sentido, se, de um lado, as CP estão ligadas à reinvenção das práticas profissionais de parteiras, obstetrizes, enfermeiras obstétricas e à uma reconfiguração dos territórios sociais do parto, de outro lado (e ao mesmo tempo, em consequência disso), a iniciativa tem provocado diferentes reações entre os principais atores envolvidos nesse campo profissional. A tentativa de retirada do parto de um cenário quase exclusivamente hospitalar representa a busca por tratar o evento do nascimento como uma questão de saúde, e não de doença, mas a segurança das CP é um dos temas recorrentes no discurso sobre a legitimidade das mesmas, caracterizando frequentemente um debate polarizado entre médicos obstetras e parteiras, obstetrizes, e enfermeiras obstétricas. Principalmente, entre essas classes profissionais, se estabelecem tensões em torno da segurança, das tecnologias, competências profissionais e a validade “científica” da assistência prestada nas CP.

Kathleen Turkel (1995) relata alguns dos argumentos em oposição às CP quando de seu surgimento nos EUA. A distância do hospital e um *staff* julgado como

como a participação de familiares, a ambientação e a indumentária das enfermeiras, que não utilizam aventais, gorros, máscaras.

incapaz de definir normalidades e riscos era, de antemão, condenado como responsáveis por matar bebês. Também houve dificuldades para cobertura do seguro de saúde, que representou um desafio a transpor, na ocasião apenas existia renumeração para serviços hospitalares e médicos. Essa questão tem colocado nos sistemas de saúde públicos e privados a necessidade de negociação de argumentos com médicos e de contornar ou modificar regras oficiais. Outros desafios ainda se colocam, como a atuação das enfermeiras obstétricas, que aprenderam uma prática hospitalar e dependente dos médicos (Lubic apud Turkell, 1995) e o fato das CP apresentarem menores lucros.

Os conflitos polarizados entre classes profissionais em torno das CP, podem ter uma antiga herança histórica, pois parecem ter sempre acompanhado a hierarquização profissional que caracterizou a constituição do campo da obstetrícia. No caso da França, por exemplo, Françoise Thébaud (2002) comenta muito brevemente sobre instituições chamadas de “Casas de Parto” entretanto, sem detalhar suas características e o tipo de assistência. A autora se refere à “*Maison d’Accouchement Baudelocque*”, em um período que antecede a popularização das maternidades na França. Não obstante a brevidade do comentário, já se vê historicamente um desprezo do “modelo” das CP em relação às maternidades, significando essas últimas serviços de maior complexidade e validação científica, a partir do depoimento de um parteiro (cirurgião-médico):

“Como explicou, em 1930, o parteiro daquela instituição, Alexandre Couvelaire, uma maternidade não deve ser **somente** uma casa de parto, mas sim um **centro de assistência médico-social e de trabalho científico** consagrado à função da reprodução””, (Thébaud, 2002, p. 418, grifos meus).

Outras referências ao termo casa de parto são feitas mais adiante, significando um local de assistência mantido por parteiras:

“A partir da análise de textos e de depoimentos orais, verifica-se que a imagem do hospital permanecia ambígua, na medida em que não havia, então, entre os profissionais de saúde, um consenso sobre o local ideal para o parto. As duas práticas (parto domiciliar e parto em maternidade), ou mesmo as três práticas (acrescentando-se o parto em uma pequena **casa de parto mantida por uma parteira**), coexistiram, sendo defendidas e combatidas por diferentes grupos.” (2002, p. 420, grifos meus).

“Certamente, o desenvolvimento das maternidades reduziu a necessidade de parteiras e levou ao fechamento de alguns leitos nas **casas de parto** na cidade. Na Maternidade Baudelocque, em 1930, trabalhavam sete parteiras para mais de 3 mil admissões por ano, enquanto que uma pequena **casa de parto** empregava de uma a duas profissionais para 200 partos anuais.” (2002, p. 421, grifos meus).

Para adentrar a compreensão de como surgem e se estabelecem as CP no Brasil, é preciso, portanto, notar que fazem parte de uma gama de “experiências dissidentes” dentro do campo da assistência obstétrica não só no país, mas também no mundo, como um todo, já que o modelo hegemônico é o da assistência médica e hospitalar. Assim, à medida em que surgem experiências e propostas alternativas, como as práticas que se aglutinaram dentro da chamada humanização do parto, entram em jogo mudanças e tensões em torno dos modelos de atenção, implicando nas práticas cotidianas dos sujeitos envolvidos a partir, por exemplo, de releituras profissionais e conflitos.

4.2 – As Casas de Parto no Brasil

No Brasil, desde ao menos a segunda metade o século XIX é conhecida a existência de estabelecimentos de saúde mantidos por parteiras e/ou médicos para assistência de gestantes e parturientes, semelhantes às atuais Casas de Parto. Como apresentado brevemente no capítulo dois, Maria Lucia Mott (2001; 2005) levantou algumas informações sobre esses estabelecimentos. Na década de 1850, são encontrados registros das chamadas “Casas de Saúde”, com quartos particulares e enfermarias, mantidas por médicos e, entre as décadas de 1860-70, registros das “Casas de Maternidade”, mantidas por parteiras (Mott, 2005), principalmente estrangeiras (Mott, 2001).

O trabalho nas “Casas de Maternidade” era realizado pela proprietária, outras parteiras e mesmo médicos, nos casos complicados, sendo que também poderia estar localizada na casa da própria parteira (Mott, 2001). Em São Paulo, apenas uma CP teria sido conhecida. Já no Rio de Janeiro, desde 1876, a legislação municipal

obrigava a que essas fossem dirigidas por médicos, o que foi letra morta por muitos anos. Uma característica que diferencia esses estabelecimentos das atuais Casas de Parto, é que lá as parteiras recebiam parturientes que precisavam parir, ou mesmo gestar, em segredo, ficando lá recolhidas, ou seja, ofereciam também o alojamento/internação por longos períodos. Em anúncio de 1872, por exemplo, Maria Lucia Mott (2005) localiza a oferta do serviço de parteira francesa como espécie de “casa de partos”, (*villa daccouchement*) em que oferecia alojar escravas para assistência ao parto, posteriormente alugando-as como amas de leite. A historiadora comenta que receber escravas como pensionistas e depois alugá-las foi uma das atividades desempenhadas por parteiras no século XIX.

No entanto, como nessa época parir fora de casa era “anormal”, apenas em casos extremos, tendo critério de indicação social (para mulheres pobres, indigentes, prostitutas, mães solteiras, viúvas, mulheres do interior, escravas e negras livres), esses estabelecimentos tinham descrédito dos médicos, que os viam como locais suspeitos, administrado e frequentado por mulheres de má índole, potencialmente aborteiras e abortadoras (Mott, 2001; 2002; 2005).

Apenas a partir desses dados esparsos levantados pela historiadora, muitas perguntas ficam sem resposta. De fato, quantos serviços desse tipo existiram, que importância tinham, se configuravam espaços distintos, de segregação espacial para diferentes estratos sociais, que tipo de assistência ofereciam, como se dava o aluguel das amas-de-leite? Pensar nessas questões entretanto, demonstra, ao menos, que em outros momentos históricos e locais específicos, também existiram locais alternativos, colocados como opções para a assistência ao parto, em relação ao hegemônico (o parto domiciliar ou o hospitalar).

Maria Nydia Tavares Bittencourt (1984) provavelmente publicou o primeiro artigo brasileiro sobre Casas de Parto, intitulado “Implantação do programa Casas de Parto no Estado da Bahia”, na Revista Brasileira de Enfermagem. O artigo descreve o projeto/programa que teria sido implantado em 44/45 municípios¹¹³, apresentando as características das Casas de Parto consideradas como base do programa, seus objetivos, aspectos de sua implantação e atividades desenvolvidas. Entretanto todos esses aspectos são apenas descritos, sem considerar o que foi de fato implantado e que

¹¹³ A autora cita as duas denominações para a ação (projeto/programa) e usa as duas referências numéricas (44 e 45 municípios).

resultados foram alcançados. A autora, então coordenadora do “Programa Materno-Infantil da Secretaria de Estado da Saúde da Bahia”, considera as Casas de Parto como unidades simplificadas de atenção à mulher em idade fértil e crianças de zero a quatorze anos, na atenção primária. Somente a partir desse escopo bastante alargado de atuação percebe-se que essa conceituação difere totalmente do modelo atual de Casas de Parto no país, o que é reforçado pela constituição física da instituição formada por: duas enfermarias, com seis leitos, isolamento com um leito, pré-parto com dois leitos, centro obstétrico e consultório externo. A referência é uma enfermaria padrão de maternidade hospitalar, reproduzida com redução física, e assistencial, com equipes compostas por uma enfermeira obstétrica, quatro agentes de saúde e dois agentes de portaria. Além disso, as enfermeiras seriam treinadas nas maternidades, o que leva a crer, portanto, que o modelo assistencial também seria semelhante ao hospitalar.

Nessa concepção de Casas de Parto, implantadas enquanto unidades-modelo voltadas para municípios pequenos (média de 15.000 habitantes), cobrindo o vazio assistencial e a ausência de leitos, o objetivo maior parecia ser o de promover o desenvolvimento comunitário, focando-o na redução da mortalidade e da morbidade materna-infantil, centralizando as ações nas mulheres pois, além de considerá-las a população-alvo, previa uma gama enorme de outras ações, incluindo a participação das parteiras, explicitamente incorporadas enquanto mão-de-obra voluntária, induzida, conduzida e supervisionada pelos profissionais de saúde. Em uma perspectiva totalmente permeada pela preocupação com a higiene, o saneamento e a vacinação, a proposta previa, além da assistência ao pré-natal, parto e puerpério: assistência à criança de zero à quatorze anos, “programa de diarreia”, trabalho conjunto com parteiras envolvendo treinamento e supervisão, trabalho comunitário para criação de creches e hortas comunitárias, orientações de saneamento básico, grupos sobre a importância econômico-social da mulher, grupos de gestantes, nutrízes, mães e adolescentes, visitas domiciliares à puérperas e crianças e prevenção do câncer ginecológico.

Não se sabe, ao certo, quem foi o autor dessa proposta, o que foi realmente implementado, quais os resultados e que papel teve no desenvolvimento de outras propostas de Casas de Parto, em contexto nacional. Apesar das diferenças em relação ao modelo atual, dois aspectos pontuais, entretanto, os relacionam: o envolvimento

comunitário e a organização de referência para os casos que precisam ser resolvidos em unidades hospitalares, com suporte médico.

Esses dois elementos foram centrais também, na proposta desenvolvida pelo médico Galba de Araújo (1917-1985), no Ceará, de 1975 a 1985 (Osava, 1997). A falta de serviços no interior do estado, de um lado, e o reconhecimento da importância e da experiência das parteiras, de outro, inspirou o obstetra na criação do “Programa de Ações Integradas de Saúde – PROAIS que obteve financiamento da Fundação Kellogg (McAuliffe e Rolim, s.d.). O programa envolvia: treinamento de parteiras para prestar assistência às mulheres e identificação de sinais de risco, implantação de Casas de Parto dirigidas por organizações comunitárias, estruturação de supervisão das Casas de Parto, com sistema de referência em casos de risco para a Maternidade Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará, em Fortaleza.

Essa proposta, apesar de estruturalmente diferente do modelo atual, concebia as Casas de Parto como casas comuns, adaptadas, onde trabalhariam as parteiras. A ideia era que essas “estruturas simples”, preservassem o “ambiente familiar”, com transporte local disponível para as transferências. Também houve locais em que pequenos hospitais aderiram ao programa, locais em que foram construídos um quarto na casa de uma parteira de referência e outros, onde não se montou um Casa de Parto, mas se trabalhou com parteiras “capacitadas”. Nas Casas de Parto, era oferecida assistência na gestação (pré-natal), parto e puerpério, com supervisão de médicos ou enfermeiros do PROAIS, que faziam uma visita semanal às unidades. Jay McAuliffe e José Rolim relatam ainda que em 1988, o PROAIS atendia mais de 5000 partos por ano, apresentado resultados satisfatórios e boa relação custo-benefício. Entretanto, após o término do financiamento internacional, o programa não foi institucionalizado. Com a municipalização da saúde, as unidades foram tomando rumos próprios, algumas incluindo outros profissionais e transformando-se em unidades básicas de saúde.

Até então, nas experiências nacionais conhecidas (Bittencourt, 1984; McAuliffe e Rolim, s.d.), a instalação de Casas de Parto atendeu ao paradigma do vazio assistencial e da ausência de leitos, que na falta de profissionais médicos e hospitais, oferecia atendimento considerado “de menor complexidade”. Ao longo da década de 1990, ao mesmo tempo que se expandiam no Brasil iniciativas em torno da proposta de humanização da assistência obstétrica, surgiam experiências de implantação de CP.

Em 1985, por exemplo, ocorreu em Fortaleza, uma conferência da OMS e OPAS sobre “Tecnologia Apropriada para o Nascimento” (Osava, 1997), tendo importante repercussão nacional. Essa, pode ser considerada uma primeira reunião de alcance nacional que agregou profissionais em torno da discussão do modelo de atenção obstétrica, propondo recomendações relacionadas a humanização da assistência. Em 1993, outro importante encontro reuniu profissionais de maneira informal, em Campinas, culminando com a fundação da REHUNA (Tornquist, 2004; Osava, 1997), uma das principais articuladoras da proposta de humanização do parto no país, desde então. Outras experiências de cuidado até então alternativas, como a promoção do parto de cócoras¹¹⁴ (Osava, 1997) e do suporte físico e emocional oferecido às mulheres por doulas¹¹⁵ (Nonato, 2007), também circulavam, chamando atenção de profissionais, professores universitários e gestores públicos. No Rio de Janeiro, a partir de 1985, os gestores municipais começam a inserir nas maternidades públicas o cuidado prestado por enfermeiras obstétricas, sendo que uma das experiências mais importantes nesse sentido foi a Maternidade Leila Diniz, que também inovou no ambiente hospitalar e a permissão de acompanhantes (Mouta e Progianti, 2009).

Uma experiência de CP muito citada (Osava, 1997; Sepúlveda, s.d; Carneiro, s.d.), mas sobre a qual circulam poucas informações foi a do Hospital Pio X, na cidade de Ceres, interior de Goiás, onde foi estabelecido uma CP intra-hospitalar que funcionou aproximadamente entre 1991 e 2006¹¹⁶. Na visão de uma das suas coordenadoras:

“É necessário mudar o cenário do parto. Da negociação entre as vantagens e desvantagens do domicílio e do hospital surge a casa de parto. Ela é a reconciliação entre esses dois partos. Podemos sonhar com ambientes mais semelhantes aos domicílios: paredes coloridas, janelas amplas, decoração singela, áreas verdes (praças e jardins) para as caminhadas, presença de música suave, quartos privativos que preservam a intimidade e afetividade da família, duchas e banheiras com água morna para amenizar os desconfortos, bancos e cadeiras obstétricas para favorecer a alternância de posição e adotar as benéficas posições verticais.” (Carneiro, s.d.).

¹¹⁴ Os maiores defensores no país foram os médicos Moysés e Cláudio Paciornick, pai e filho, desenvolvendo importante trabalho com populações indígenas e urbanas do Paraná.

¹¹⁵ Tem grande destaque o trabalho da doula e professora de yoga Maria de Lourdes Teixeira, conhecida como Fadyinha e fundadora do Instituto Aurora, no Rio de Janeiro, na assistência, formação e promoção de encontros nacionais.

¹¹⁶ Informação obtida em conversa informal com as antigas coordenadoras do CPN.

Em 1993, uma CP de caráter privado foi aberta em Niterói, a “Nove Luas, Lua Nova”, que funcionou até 1999 (Maciel, 2012). O serviço tem poucos registros, mas recentemente uma das sócias fundadoras (Vânia Maciel) resolveu mobilizar na internet um esforço coletivo para resgatar o histórico da instituição (por meio de um blog e de uma página da rede social *Facebook*). É citada em algumas referências da área (Osava, 1997; Sepúlveda, s.d.), como um serviço que inovou e inspirou outros profissionais, sintonizado com a proposta de humanização da obstetrícia. Segundo Vânia Maciel (2012), mas de 700 famílias foram assistidas na casa, sobre a qual ela conta um pouco:

“Eram tantas reuniões... Homens e mulheres sentados em círculo pelo chão; todos dramatizando, desenhando, construindo suas linhas da vida... E o tema central era a vida chegando, sendo acolhida, podendo crescer num ambiente afetivo, experimentando a sexualidade até poder refletir e escolher o momento de gerar, parir da forma mais humana possível. Escolhas pensadas, conscientes.” (Maciel, 2012)

“A Casa do Parto, à princípio, foi pensada para o município de Niterói, que, na época, não bancou. E, foi aí, que alguns “loucos” já cansados de colocar cadeiras em hospital para acolher gestantes e sensibilizar equipes médicas, resolveram que não podiam mais. Nós deveríamos oferecer conforto, ambiente propício, segurança, respeito. Não propúnhamos nada que não existisse mundo afora. Queríamos provar que não era necessário ser frio, intervencionista, para ser respeitado como obstetra.” (Maciel, 2012)

A Casa de Parto da Comunidade Monte Azul foi a primeira Casa de Partos que se tem conhecimento do país, mais aproximada dos moldes posteriormente assumidos pela Portaria de 1999, autônoma, comunitária e que oferecia serviços gratuitamente. Funcionou entre junho de 1997 e 1999. Este local surgiu em decorrência do trabalho da parteira (obstetriz) alemã Angela Gehrke da Silva, que no período de 1983 a 1999 trabalhou na comunidade da favela Monte Azul, em São Paulo, cuidando da saúde de gestantes, parturientes, puérperas e seus bebês, como parte de um trabalho voluntário de cunho antroposófico, que envolvia várias atividades nos campos da educação, saúde e trabalho, desenvolvidos pela Associação Antroposófica da Favela Monte Azul¹¹⁷.

¹¹⁷ A Associação Comunitária Monte Azul foi fundada em 1979, em decorrência do trabalho da pedagoga antroposófica alemã Ute Craemer que na década de 1970 iniciou um trabalho voluntário na comunidade-favela (Associação Comunitária Monte Azul, 2013). O trabalho inicialmente voltado para educação infantil se expandiu para outros domínios, dentro das necessidades existentes e da filosofia que orienta o trabalho – a antroposofia. As idéias antroposóficas se baseiam no trabalho do filósofo alemão Rudolf Steiner. Basicamente, a proposta da antroposofia é de integrar a espiritualidade no conhecimento, que a orienta na busca de uma “ciência”, e nas práticas humanas, incidindo sobre vários campos como a pedagogia (intitulada Pedagogia Waldorf), a medicina, a arquitetura, as artes e a agricultura, por exemplo.

A parteira Angela, devido à demanda das gestantes que cuidava começou a atender alguns partos nas residências das mulheres e na sua própria, mais tarde no ambulatório da Associação Antroposófica da Favela Monte Azul e então nesse local, especialmente preparado para os partos, que ficou conhecido como a Casa de Partos da comunidade. Porém, como Angela não tinha a validação de seu diploma no país, suas atividades passaram a ser bloqueadas, tendo sido impedida de trabalhar e sendo as atividades da Casa de Parto embargadas pelo COREN – SP em 1998). Durante esse processo Angela adoece e vem a falecer em 2000 (Da Silva, 2010; Tornquist, 2004; Casa Angela). Desde 2003, a instituição antroposófica, agora chamada Associação Comunitária Monte Azul, resgatou a idéia, desenvolvendo um projeto de construção e funcionamento de uma nova Casa de Partos, que vem funcionando parcialmente desde março de 2009, batizada de Casa Angela, incluída nessa pesquisa.

Angela Gehrke foi uma pessoa carismática, mobilizou muitas outras ao seu redor, que buscavam naquele momento uma assistência ao parto diferenciada, menos intervencionista, centrada nas necessidades das mulheres, com participação da família, afetuosa. Sua forma de compreender o processo de parir e nascer, relatada por depoimentos de profissionais e os seus próprios na obra póstuma “A parteira do Monte Azul” influenciou outras pessoas, inseridas no contexto do movimento pela humanização dos partos e nascimentos no país. Assim, a experiência da CP da comunidade do Jardim Monte Azul despertava o interesse de profissionais do país inteiro, recebendo vários visitantes. Um deles, foi o médico David Capistrano da Costa Filho, em fevereiro de 1998. Segundo o relato de Daphne Rattner (Da Silva, 2010), o sanitarista teria ficado encantado com o que viu, motivando-o a construir a primeira CP ligada ao SUS, a Casa de Parto de Sapopemba, e posteriormente levar a proposta ao então Ministro da Saúde, José Serra.

David Capistrano Filho, que atuou inclusive na constituição do SUS, criou uma CP vinculada ao Projeto Qualidade Integral em Saúde – Qualis do Programa Saúde da Família, sob gestão da Fundação Zerbini do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, que foi inaugurada em setembro de 2008. A intenção era dar resolubilidade à assistência ao parto da atenção básica (uma das recomendações da OMS), investindo em um modelo diferenciado e comunitário. O sanitarista decidiu colocar a casa em funcionamento antes da regulamentação das mesmas, para que as práticas concretas nortegassem a legislação (Koiffman, 2006).

No fim da década de 1990, as duas experiências localizadas na cidade de São Paulo, foram fundamentais para mudar o paradigma vigente sobre as CP – do vazio assistencial e ausência de leitos. Assim, a Casa de Parto da Comunidade Monte Azul e a Casa de Parto vinculada ao Projeto Qualidade Integral em Saúde – Qualis, mais tarde conhecida como Casa de Parto de Sapopemba, vieram instaurar o paradigma das CP como opção de local de parto e mudança de modelo assistencial para as mulheres, seus bebês e suas famílias. Após o surgimento dessas experiências inovadoras, a partir da articulação de alguns atores-chave dentro do Ministério da Saúde – MS, como David Capistrano Filho, e do trabalho de vários outros atores sociais (Hoga, 2005), o MS instituiu o “Projeto Casas de Parto e Maternidades-Modelo”, através da Portaria nº 888/GM, de 12 de julho de 1999, quase concomitantemente à portaria que institui as CP no país, Portaria nº985/GM, de 05 de agosto do mesmo ano (Hoga 2004, 2005; Brasil, 1999; Brasil, 1999b).

David Capistrano Filho foi instituído o coordenador do “Projeto Casas de Parto e Maternidades-Modelo”, que a princípio visava a integração das ações de atenção à saúde da mulher às ações da atenção básica (Brasil, 1999) e articulação de várias iniciativas ligadas à proposta de humanização da assistência. Entretanto, o sanitarista veio a falecer pouco tempo depois, em 2000, antes da concretização de outras CP no país, um processo lento, conflituoso e heterogêneo, como veremos na próxima sessão.

4.3 – A Portaria nº985/1999 e seus desdobramentos

A Portaria que autorizou formalmente o funcionamento de CP no país, as denominou tecnicamente como “Centros de Parto Normal” – CPN, e descreve a instituição, em seu artigo primeiro, como “a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias”, com o objetivo de atender a mulher no ciclo gravídico-puerperal, baseado em princípios de “humanização” e “qualidade da atenção”. De acordo com essa resolução, a unidade de CPN, deverá atender de maneira complementar às unidades de saúde existentes e é

organizada no sentido de promover e ampliar o acesso, o vínculo¹¹⁸ e o atendimento, “humanizando a atenção ao parto e ao puerpério”. A Portaria afirma que o CPN pode funcionar integrada a um estabelecimento de saúde (intra-hospitalar) ou como unidade autônoma (isolada).

O terceiro e o quarto artigos da Portaria, trazem as maiores inovações relativas, respectivamente, às atribuições do CPN e suas características físicas. Entre as atribuições, estão vários itens diretamente relacionados à proposta de humanização: “desenvolver atividades educativas e de humanização”, “preparação das gestantes para o plano de parto¹¹⁹ nos CPN”, permissão para presença de acompanhante, assistência ao parto “respeitando a individualidade da parturiente”. Se apresentam também itens relativos às situações emergenciais: garantia de remoção da gestante e do recém-nascido “nos casos eventuais de risco ou intercorrência” no prazo de uma hora, garantia de assistência ao recém-nascido em situação de risco, com manobras de ressuscitação. Entre as características físicas, deve apresentar quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto), sala de estar para parturientes em trabalho de parto e para acompanhantes, chuveiro com água quente. A Portaria exige entre os equipamentos mínimos ambulância com fonte de oxigênio e incubadora de transporte. Sobre os recursos humanos necessários, dispõem:

“I – **equipe mínima** constituída por um(a) enfermeiro(a) com especialização em obstetrícia, um(a) auxiliar de enfermagem, um(a) auxiliar de serviços gerais e um motorista de ambulância.

II – o CPN **poderá contar com equipe complementar**, composta por um médico pediatra ou neonatologista e, um médico obstetra.

¹¹⁸ O “vínculo” faz referência a relação que se estabelece entre a gestante e a instituição que a assiste (Brasil, 2011).

¹¹⁹ O “plano de parto” é um documento que apresenta uma lista de tópicos relacionados à assistência ao parto, com as considerações previstas sobre sua realização ou não, indicadas a partir das necessidades consideradas pela gestante, autonomamente ou em conjunto com o profissional que a acompanha durante a gestação e, se possível, também daquele profissional que a acompanhará no parto. A idéia é que a gestante realize a chamada “escolha informada” e que, portanto, suas escolhas, pensadas e refletidas, definidas no Plano de Parto, sejam concretizadas na assistência. Isto pode incluir a escolha sobre o local da assistência ao parto, as pessoas que o acompanharão, os procedimentos técnicos (intervenções) aceitos e aqueles que a gestante prefere evitar. O plano de parto pode ter aparência de uma carta, na qual a gestante diz como prefere passar pelas diversas fases do trabalho de parto e como gostaria que seu bebê fosse cuidado após o nascimento. Sua criação pode ocorrer como demanda da própria gestante ou a partir de sugestão dos profissionais que a assistem, sendo possível sua formalização, a partir da assinatura do documento por ambas as partes da relação de assistência.

III – a parteira tradicional poderá atuar no CPN no qual as **especificidades regionais e culturais** sejam determinadas no acesso ao serviço de saúde.” (Brasil, 1999).

A Portaria portanto, estabelece como necessária uma equipe reduzida, com base em profissionais da enfermagem, não exclui equipes com atuação de médicos, sendo essas facultativas, e abre a possibilidade para participação de parteiras.

Os aspectos técnicos (relativos à definição, princípios, atribuições, recursos humanos, equipamentos mínimos, forma de remuneração, entre outros) entretanto, não nos ajudam diretamente a compor uma visualização da atmosfera e da ambiência das CP, que as diferenciam das maternidades hospitalares. A caracterização que Kathleen Turkel (1995) apresenta, reúne distintos elementos: desde o tipo de cuidado – qualificado como íntimo, com uma relação próxima entre clientes e cuidadores, compartilhar de informações, respeito mútuo e poucas intervenções –, o tipo de intervenções – é evitada sua rotinização e medicações para dor, por exemplo, práticas – pré-natal, eventos sociais, palestras, workshops, encontros, aulas – e ambiente – atmosfera doméstica, não institucional, com quartos, camas de casal, salas com mesas, geladeiras, etc – promovendo o sentimento de acolhimento em relação às pessoas e ao lugar.

Para a melhor visualização das CP, selecionei algumas imagens fotográficas de aspectos externos e internos das mesmas, que apresentarei aqui e outras que se incluem nos Anexos 1 e 2.

Acerca dos aspectos externos de algumas CP, se pode observar que a aparência das mesmas pode variar bastante, entre construções mais parecidas com residências (ver Figura 4) ou que se assemelham à prédios burocráticos (ver Figura 2 e Figura 3).

Figura 2 – Casa de Parto da Universidade Federal de Juiz de Fora, vista lateral externa



Fonte: Fernandes, 2006

Figura 3 – Entrada da Unidade Mista de Saúde de São Sebastião e sua Casa de Parto, Distrito Federal



Fonte: Disponível em

http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2010/03/19/interna_cidades_df,180744/index.shtml, Acesso em: janeiro de 2013

Figura 4 – Casa Angela, fachada.



Fonte: Disponível em: www.casaangela.org.br, acesso em: janeiro de 2013

Algumas surgem de adaptações de construções já existentes e outras são especialmente construídas com a finalidade de abrigar uma CP (como no caso da CPJF, Figura 2 e da Casa Angela, Figura 4). As fotos de CP no Canadá, por exemplo, mostram instalações adaptadas em antigos presbíteros (ver Anexo 1). Existem CP apenas térreas e outras com mais de um andar. As fotos da CP de Realengo (Figuras 5, 6 e 7) mostram a preocupação com aspectos decorativos no pátio da casa, nas quais aparecem bandeirinhas coloridas¹²⁰ e faixas utilizadas em manifestação em prol da CP, durante tentativa de fechamento em 2009.

¹²⁰ As ocasiões de visita em que as fotos foram tiradas eram festivas, a primeira, copa do mundo, e a segunda, festejos juninos.

Figura 5 – Casa de Parto David Capistrano Filho, Realengo, Rio de Janeiro, detalhe da vista externa



Fonte: acervo pessoal, julho de 2010.

Figura 6 – Casa de Parto David Capistrano Filho, Realengo, Rio de Janeiro, detalhe da vista externa



Fonte: acervo pessoal, julho de 2010.

Figura 7 – Casa de Parto David Capistrano Filho, Realengo, Rio de Janeiro, aspecto interno do pátio, com decoração junina



Fonte: acervo pessoal, julho de 2012.

As fotos que mostram os aspectos internos das CP – a seguir e no Anexo 2 – demonstram bem a atmosfera caseira que costuma caracteriza-las, embora não seja esse um critério exclusivamente definidor, pois existem CP que se assemelham mais aos ambientes hospitalares, mesmo contando com elementos incomuns de mobiliário e materiais auxiliares. Esses dois aspectos podem ser visualizados claramente quando são comparadas as fotos da CP de Realengo, RJ, e da CP de São Sebastião, DF.

As Figuras 8, 9, 10, 11 e 12, a seguir mostram aspectos da CPR. Na Figura 8, pode ser visualizado o Hall de entrada e recepção. Nas paredes, quadro com fotos, quadro com contagem dos partos para completar o “Parto 2000” e certificações. Ao fundo, totem com cegonha sobre o programa “Cegonha Carioca” e porta que dá acesso às suítes de parto. A Figura 9 mostra uma área de circulação interna na casa, onde se vêem elementos decorativos como plantas, fotografias e elementos comuns em instituições de saúde, como a balança e o esfigmomanômetro para auferir a pressão arterial.

Figura 8 – Casa de Parto David Capistrano Filho, Realengo, Rio de Janeiro, hall de entrada



Fonte: acervo pessoal, julho de 2012

Figura 9 – Casa de Parto David Capistrano Filho, Realengo, Rio de Janeiro, área de circulação interna



Fonte: acervo pessoal, julho de 2012

Na Figura 10, uma suíte de parto (PPP), chamada de “Suíte Nove luas Lua Nova Vania e Lúcia”, aparece com seus elementos principais: cama de casal, berço, elementos decorativos nas paredes, entradas de oxigênio, luminária. Na Figura 11, o interior de uma sala utilizada como consultório e para coleta de exames com mesa obstétrica, berço aquecido e, no canto da direita, incubadora de transporte, mais semelhante aos ambientes tipicamente hospitalares. A último foto aqui apresentada, da Figura 12, apresenta a cozinha da CPR, novamente um ambiente predominantemente domiciliar.

Figura 10 – Casa de Parto David Capistrano Filho, Realengo, Rio de Janeiro, Suíte de parto “Suíte Nove luas Lua Nova Vania e Lúcia”



Fonte: acervo pessoal, julho de 2012

Figura 11 – Casa de Parto David Capistrano Filho, Realengo, Rio de Janeiro



Fonte: acervo pessoal, julho de 2012

Figura 12 – Casa de Parto David Capistrano Filho, Realengo, Rio de Janeiro, cozinha



Fonte: acervo pessoal, julho de 2012

A CPR, apresenta, portanto, móveis tipicamente domiciliares, cozinha, paredes coloridas, decoração temática, quadros, plantas, cortinas, distribuídos nos cômodos da casa, misturados a elementos típicos de instituições de saúde (pias de higienização, balança, mesa obstétrica, entre outros). Mais registros podem ser vistos no Anexo 2.

A CPSS se assemelha mais aos ambientes hospitalares, com paredes brancas, poucos elementos decorativos, mas conta com detalhes incomuns à maioria das maternidades, como por exemplo a banheira de relaxamento e parto, a bola de Bobath para exercício e barras de apoio.

Na Figura 13, pode ser vista uma de suas Suítes PPP. À esquerda, cama obstétrica adaptável para posições verticalizadas, bola de Bobath para exercícios, entradas de oxigênio, quadro ilustrativo com posições de parto, mesas de apoio com materiais, relógio, foco. Ao fundo, saída para área de deambulação compartilhada. À direita, entrada para banheiro compartilhado com outra suíte e, na parede, barra de apoio. No centro da sala, profissionais conversam com uma mãe parida e se preparam para coleta do teste do pezinho no recém nascido.

Figura 13 – Casa de Parto da Unidade Mista de Saúde de São Sebastião, Distrito Federal



Fonte: agenciabrasil.ebc.com.br, foto Marcello Casal/ABr.

Nas Figuras 14 e 15, podem ser vistos detalhadamente alguns dos utensílios comuns em CP, como a Bola de Bobath, cavalete para exercícios e relaxamento, banqueta para parto, banheira para relaxamento e parto na água. Mesmo apresentando muitas diferenças em relação à CPR (e outras, como a Casa Angela) o ambiente da CPSS permite a privacidade no parto, a participação de acompanhantes e a personalização da assistência, como pode ser visto no parto realizado a luz de velas, na banheira, a seguir (Figura 16).

Figura 14 – Alguns dos materiais disponíveis, na CPSS



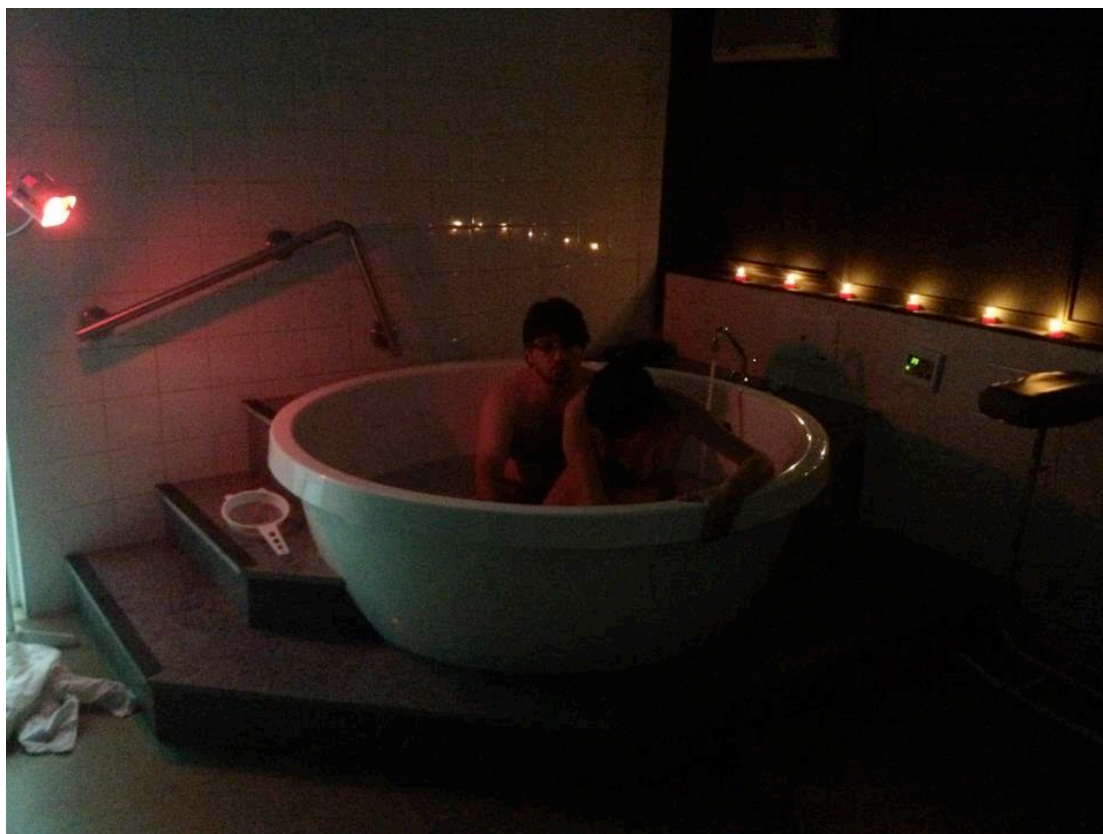
Fonte: Disponível em: <http://adeledoula.blogspot.com.br/> , acesso em janeiro de 2013

Figura 15 – Banheira instalada em uma das suítes da casa, no ano de 2012.



Fonte: Disponível em: <http://adeledoula.blogspot.com.br/> , acesso em janeiro de 2013

Figura 16 – Mulher em trabalho de parto na banheira da CPSS à luz de velas



Fonte: Disponível em:
<http://grupodegestantesdceuniceub.blogspot.com/2012/10/proximo-encontro-2010-tema-parindo-na.html> , acesso em janeiro de 2013

As fotos da Casa Angela abaixo (Figuras 17 e 18) também demonstram a participação da comunidade e de grupos de gestantes e familiares em atividades promovidas pela CP.

Figura 17 – Atividade corporal em grupo para gestantes na Casa Angela



Fonte: Disponível em: www.casaangela.org.br , acesso em: janeiro de 2013

Figura 18 – Oficina de trabalhos manuais na Casa Angela



Fonte: Disponível em: www.casaangela.org.br , acesso em: janeiro de 2013

Em relação, ainda, aos aspectos conceituais, várias definições de CPN e CP, considerados como, fundamentalmente, o mesmo tipo de unidade de saúde, circulam entre artigos de profissionais da área, principalmente da enfermagem obstétrica. Nilce Machado e Neide Praça (2006; 2005), além de definir CPN enquanto modelo de assistência obstétrica, apresentam também uma definição por exclusão em relação à referência hospitalar: “(...) unidades de atendimento ao parto normal, localizadas fora do centro cirúrgico obstétrico.” (2006: p. 275). Em outra passagem colocam como “(...) instituição onde atuam enfermeiras obstétricas, e que tem como objetivo a redução do número de cesarianas e o incentivo ao parto normal.” (2005: 56). Campos e Lana (2007: p. 1349) apresentam os CPNs como instituições que “(...) constituem

uma estratégia para reduzir a mortalidade materna e perinatal (...)” e “(...) um local de parto, fora do hospital, acolhedor e similar ao domicílio, porém com equipamentos e infra-estrutura técnica e recursos humanos adequados para as mulheres com gestação de baixo risco.” (Campos e Lana, 2007: p. 1350). Fábio Bitencourt e Cláudia Barroso-Krause (2004), que discutem aspectos arquitetônicos Comparam as CP com “maternidades simplificadas”.

Entre essas definições circulam núcleos de sentido relacionados às maternidades hospitalares (Machado e Praça, 2006, 2005; Bitencourt e Barroso-Krause, 2004), a valorização da classe da enfermagem obstétrica (Machado e Praça, 2006, 2005), a instituição como estratégia de um modelo de atenção (Machado e Praça, 2006, 2005; Campos e Lana, 2007) e a similaridade com o domicílio, aliada a recursos técnicos e humanos (Campos e Lana, 2007). Essas definições e sentidos apontam já de antemão, alguns paradoxos envolvendo as CP. Assim como Tornquist (2004) e Nonato (2007), apontam paradoxos relacionados à proposta de humanização da assistência obstétrica, acredito que também no contexto das CP esses e outros paradoxos se fazem presentes, uma vez que, inclusive, são as CP configuram em certo sentido uma aposta institucional para concretizar os princípios da HP.

Se de um lado a similaridade com o domicílio imputa às CP a escolha sobre o local de parto e a individualização, de outro estão colocadas estrategicamente frente a outros objetivos, que fogem à individualidade, como a redução da mortalidade materna e neonatal e a redução das cesarianas, colocadas institucionalmente como objetivos perseguidos por organismos internacionais e o governo. Se, de um lado, as CP buscam promover um modelo de atenção relacionado à profissionais da enfermagem e a não hospitalização, de outro existe uma tensão entre a busca desse novo modelo e concepções arraigadas, considerando as maternidades hospitalares como referência, no maior grau da hierarquia de complexidade não só dos serviços, mas dos saberes¹²¹. Isto acaba, inclusive, se refletindo nas denominações institucionais, ao considerar as CP como extra-hospitalares, peri-hospitalares, intra-hospitalares (Brasil, 2005; Brasil 2004; Riesco et al, 2009), mais uma vez ratificando o modelo hospitalocêntrico.

A partir da Portaria de 1999, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde foram convocadas pelo MS para encaminhar ao órgão propostas para implantar os

¹²¹ O que se torna evidente nos argumentos médicos contra as CP, mais à frente.

CPNs, demonstrando projetos compatíveis com o estabelecido na portaria, isto é, além dos critérios técnicos mencionados, deveriam considerar sua inserção nos sistemas locais de saúde, na rede de atenção básica e com referência para assistência secundária. O MS abriu uma linha de financiamento como incentivo, apoiando as propostas de “convênios¹²²” para a construção e reforma das unidades de saúde e na compra de equipamentos. Ainda, caberia ao gestor estadual e/ou municipal a realização de vistorias (vigilância sanitária), o cadastramento do CPN no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e, estabelecer rotinas de acompanhamento dos objetivos de promoção da humanização e qualidade da assistência (Brasil, 1999b). O Ministério também oferecia apoio técnico, principalmente pela equipe técnica da Área Técnica de Saúde da Mulher – ATSM/DAPES/MS (Brasil, 2005). Uma ação importante nesse sentido, da qualificação técnica, foi um convênio de cooperação da ATSM/DAPES/MS com a Japan Internacional Cooperation Agency – JICA, que possibilitou um estágio de três meses para 42 enfermeiras obstétricas brasileiras em CP japonesas e uma viagem de um mês, para 10 gestores, ao Japão para reconhecimento e qualificação do serviço prestado em CP (JICA Brasil, 2010).

Segundo relatórios técnicos da ATSM/DAPES/MS (Brasil, 2005; Brasil, 2004; Brasil, 2004b; Brasil, 2004c) o MS recebeu mais de 130 propostas de convênios, a partir da publicação da Portaria. O Ministério aprovou 16 convênios, com objetivo de constituir 36 CPNs. Com o custo médio de R\$ 148.691,64, essa iniciativa, ao todo, custou R\$ 5.352.899,33¹²³ ao orçamento do MS e os convênios deveriam ser executados no período de junho de 2000 a setembro de 2001. A tabela a seguir sintetiza os dados mais relevantes desses 36 convênios, a partir do último relatório técnico da ATSM/DAPES/MS, de junho de 2005.

¹²² Nome técnico dado aos projetos de secretaria estaduais e municipais de saúde e organizações da sociedade civil estabelecidos em parceria com o MS, a partir do qual ele aprova a transferência de recursos orçamentários.

¹²³ Esses resultados foram possíveis de serem recalculados por mim, uma vez que os relatórios apresentavam dados divergentes e havia a discriminação do valor por convênio (Brasil, 2005; 2004; 2004b; 2004c).

Tabela 8 – Situação dos CPNs financiados pelo MS, junho de 2005

UF	Município	Valor R\$	Situação (relatório técnico de junho de 2005)
BA	Brumado	192.154,00	SMS solicitou transformar em Unidade Mista
	Vitória da Conquista (3 CPNs)	574.773,63	Relatório apenas de um CPN, com estrutura semelhante à centro obstétrico hospitalar
	Canápolis	237.844,00	Funcionava junto a um hospital
	SES, 3 municípios	438.612,30	Em 2 municípios os serviços não funcionavam como CPN. O outro não respondeu
CE	Pindoretama	159.059,00	Construído e em funcionamento
	Fortaleza	334.646,99	Construído, em funcionamento para atenção pré-natal e planejamento familiar, pois médicos do hospital de referência (universitário) não aceitam a direção clínica da enfermagem
	Fortaleza	106.612,00	Solicitou reformulação do plano de trabalho.
	Iguatu	81.417,00	Informação desconhecida
MG	Belo Horizonte	345.500,00	Construído e em funcionamento
	Juiz de For a	122.000,78	Construído e em funcionamento
PE	SES, 14 municípios	1.514.350,00	1 município com obra concluída e entregue, 4 com obra concluída, 2 executando obras, 3 aguardando contrato para obra, 3 aguardando liberação de recursos para licitação, 1 aguardando definição do município.
PR	Cambé	314.841,60	Solicitou reforma do plano de trabalho
RJ	SES, 2 municípios	371.360,00	Em processo de licitação.
	SMS RJ, 3 CPNs	371.360,00	1 CPN concluído e em funcionamento. Outro em finalização.
SP	São Paulo	64.139,00	Equipado e em funcionamento.
	São Vicente	124.229,03	Informação desconhecida
Total	36 CPNs	5.352.899,33	---

Fonte: Adaptada por mim a partir de Brasil, 2005

Dos 16 convênios aprovados pelo MS para construção, reforma e aquisição de equipamentos, que deveriam ser executados até 2001, segundo os dados informados na tabela, em junho de 2005, apenas 6 encontravam-se funcionando e atendendo ao modelo preconizado. Entre os demais, 5 foram transformados em outros tipos de unidades, 3 não atendiam ao modelo de CPN preconizado, 15 não estavam prontos (em diferentes etapas) e 7 conveniadas não encaminharam as informações solicitadas ao MS. Portanto, dentre 16 conveniados e sete estados (BA, CE, MG, PE, PR, RJ, SP) que receberam investimentos, com destaque para PE, poucos cumpriram com as metas no prazo determinado, com boa parte deles não atendendo às expectativas do financiamento. Desde a implantação, portanto, essa política, bem como seu acompanhamento, exige uma análise complexa, entrecortada por muitas variáveis. Muito além da implantação física desses estabelecimento, fica em aberto o cumprimento de suas finalidades assistenciais, no sentido do que foi exposto em relação ao parto humanizado. Os dados atuais sobre número de CPNs existentes no país também refletem esse quadro, a começar pela qualidade da informação disponível.

Segundo dados disponíveis no CNES, existem atualmente 43 CPNs no Brasil todas integrantes do SUS. A metodologia empregada para obter esse dado demonstra a dificuldade de obter dados fidedignos a partir de bases de dados dinâmicas do SUS. Na Portaria que cria os CPNs, o MS os classifica como isolados e intra-hospitalares, entretanto alguns são também conhecidos como peri-hospitalares, localizados nas cercanias de um hospital (Riesco et al, 2009). No site do CNES, os CPNs extra-hospitalares aparecerem no CNES na aba “Relatórios” > “Tipo de Estabelecimento”> “Centro de Parto Normal – isolado”. Outra alternativa de consulta, é realizar a busca na aba “Consultas” > “Estabelecimentos” > “Por CNES –Nome – CPF – CNPJ”, para a qual podem ser utilizados os indexadores “Centro de Parto” e “Casa de Parto”. Utilizando o sistema do CNES, existem, portanto, três alternativas de busca.

Partindo da ferramenta de busca na aba “Relatórios” obtemos 18 CPNs cadastrados (segundo atualização de fevereiro de 2013). Utilizando a ferramenta de busca na aba “Consultas” temos 5 registros para “Centro de Parto” e 24 registros para “Casa de Parto”. Unificando todos esses registros, podem ser identificados aqueles repetidos e inadequados. Após limpar os dados, temos como resultado 43 registros, divididos entre os estados: AL (4), BA (21), CE (4), MA (1), PB (2), PE (2), PR (1), RJ (1), SE (5), SP (2). Desses 43 CPNs, possivelmente, ainda existem aqueles cadastrados de forma inadequada, por exemplo, CPNs que não estão ativos, CPNs que não são isolados¹²⁴.

Abaixo, pode ser vista a tabela mostrando a localização dos 43 CPNs nos estados e municípios.

¹²⁴ Essas informações são de conhecimento da ATSM/DAPES/MS devido ao fato de parte dessas instituições registradas (a totalidade de CPNs isolados cadastrados até então) terem sido alvo de pesquisa telefônica exploratória, no ano de 2009. Os resultados dessa pesquisa (até 2009) foram os seguintes: 23 CPNs cadastrados no CNES; 8 estavam inativos; 8 estavam funcionando, 2 desses com atendimento prestado por ou também por médicos; 7 CPNs cadastrados de forma inadequada; anotações qualitativas que sugerem uma diversidade de situações e necessidade de pesquisa mais minuciosa. Além disso, ainda podem existir CPNs isolados, cujos cadastros estejam contemplados no interior de alguma unidade básica de saúde de outra natureza, como é o caso da Casa de Parto de São Sebastião – DF, que está caracterizada como uma Unidade Mista.

Tabela 9 – Centros de Parto Normal relacionados no CNES, março de 2013

UF	CPN	Município	Total
AL	CASA MATERNAL DE INHAPI	INHAPI	4
	CASA MATERNAL MAE LUIZA	PIACABUCU	
	CASA DE PARTO NORMAL NOSSA SENHORA DA PENHA	SAO SEBASTIAO	
	CENTRO DE PARTO NORMAL E AMB 24H NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	LAGOA DA CANOA	
BA	CASA DE PARTO ANTONIO CARLOS MAGALHAES	CHORROCHO	21
	CASA DE PARTO SAO JUDAS TADEU	JEQUIE	
	CASA DE PARTO VIRGINIA TRINDADE	PARIPIRANGA	
	MATERNIDADE BRASILINA BARBOSA DE MIRANDA	OUROLANDIA	
	MATERNIDADE SINHA DONA	OUROLANDIA	
	P S CASA DE PARTO S GONCALO	CAEM	
	CASA DE PARTO ANTONIO CARLOS MAGALHAES	CHORROCHO	
	CASA DE PARTO CEL JOAO SA	CORONEL JOAO SA	
	CASA DE PARTO DEPUTADO FAUSTINO LIMA	GLORIA	
	CASA DE PARTO SAO JUDAS TADEU	POCOES	
	CASA DE PARTO MARIA DINA DE ALMEIDA	MACURURE	
	CASA DE PARTO VIRGINIA TRINDADE	PARIPIRANGA	
	PA E CASA DE PARTO DO ARRAIAL DAJUDA	PORTO SEGURO	
	CASA DE PARTO MUNICIPAL DE QUIXABEIRA	QUIXABEIRA	
	CASA DE PARTO CARMINA GOMES DE ALMEIDA	RODELAS	
	CASA DE PARTO DR CLEMENCEAU TEIXEIRA	SANTA BRIGIDA	
	CASA DE PARTO DR JEOVANDO LOPES DE ALMEIDA	UMBURANAS	
	CASA DE PARTO NORMAL DE JOSE GONCALVES	VITORIA DA CONQUISTA	
	CASA DE PARTO NORMAL DE BATE PE	VITORIA DA CONQUISTA	
	CASA DE PARTO NORMAL DE INHOBIM	VITORIA DA CONQUISTA	
	HOSPITAL E CENTRO DE PARTO NORMAL SAUDE ISAUARA CHACARA	IBIRAPUA	
CE	CENTRO DE PARTO NORMAL DR ELIEZER XIMENES RODRIGUES	FORQUILHA	4
	CASA DE PARTO MARIA DO CARMO ARAUJO	QUIXERE	
	CASA DE PARTO NOSSA SRA DA SAUDE	SANTANA DO CARIRI	
	HOSPITAL E CENTRO DE PARTO NORMAL DE PINDORETAMA	PINDORETAMA	
MA	MATERNIDADE NAZIRA ASSUB	SAO LUIS	1
PB	MATERNIDADE ADELINA FERREIRA	SANTA HELENA	2
	MATERNIDADE VIRGINIA MARIA JESUS	LAGOA	
PE	CASA DE PARTO VERONICA PEREIRA NEVES	AGUAS BELAS	2
	CASA DE PARTO DR HENRIQUE VILA NOVA PS VILA CARIMA	BARREIROS	
PR	CENTRO DE PARTO NORMAL DE TELEMACHO BORBA	TELEMACHO BORBA	1
RJ	SMSDC RIO CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO	RIO DE JANEIRO	1
SE	MATERNIDADE DE RIACHUELO	RIACHUELO	5
	MATERNIDADE NOSSA SENHORA DAJUDA	ITAPORANGA D'AJUDA	
	CASA DE PARTO MARIA DO CARMO DO NASCIMENTO ALVES	FEIRA NOVA	
	CASA DE PARTO M DO CARMO N ALVES	ILHA DAS FLORES	
	CASA DE PARTO MARIA DO CARMO N ALVES	SALGADO	
SP	ASSOCIACAO COMUNITARIA MONTE AZUL	SAO PAULO	2
	CASA DO PARTO DE SAPOPEMBA	SAO PAULO	
Total			43

Fonte: CNES, março de 2013

Considerando as grandes dimensões do país, pode-se afirmar que existem poucas CP. Além disso, cabe-se discutir os resultados assistenciais das CP que efetivamente funcionaram e/ou funcionam. Em geral, os estudos apontam resultados assistenciais favoráveis ao modelo, com baixíssimas taxas de morbidades e mortalidade maternas e neonatais, baixos índices de realização de intervenções (como: episiotomia, indução com uso de hormônio sintético, ruptura artificial de bolsa, parto assistido – com aplicação de fórceps ou vácuo extrator – cesariana), alto índice de ações “não invasivas” (como participação de acompanhantes, liberdade de movimentação e posição, dieta livre, relaxamento em banheiras, chuveiros e/ou com massagens e outras), e elevada satisfação de usuárias. Koiffman (2006) faz um relato compilatório desses estudos internacionais, desde o primeiro estudo, nos Estados Unidos, em 1989. Não cabe discutir aqui os resultados desses estudos, mas considero importante conhecê-los, em linhas gerais, os estudos específicos do contexto brasileiro.

De antemão, no contexto brasileiro, já se sabe que faltam dados para uma avaliação global, sendo que a última realizada foi em 2004 (Brasil, 2005). Entretanto, principalmente a partir de pesquisas acadêmicas, algumas poucas CP, divulgam dados bastante positivos. São, em geral, dados que compõem o perfil epidemiológico da assistência, discutindo, as transferências maternas e neonatais (da Silva et al, 2012; Bonadio et al, 2011; Campos e Lana, 2007; Koiffman, 2006), a realização de intervenções (Campos e Lana, 2007; Fernandes, 2006) e morbidades como a infecção puerperal (Machado e Praça, 2005). Outros, principalmente utilizando metodologia qualitativa, discutem as percepções e a satisfação das usuárias (Seibert et al, 2008; Nascimento et al, 2010; Fernandes, 2006), bem como suas vivências e as dos profissionais (Proganti e Costa, 2008; Machado e Praça, 2004; Hoga, 2004; Hoga, 2004b).

Um estudo de 2009, revisou a produção científica sobre os CPNs no Brasil, até então, considerando 12 estudos (Riesco et al, 2009) cujas autoras são, em maioria, enfermeiras obstétricas vinculadas às CP e docentes. Em conjunto, esses estudos consideram variáveis sócio-demográficas e obstétricas, para caracterizar a população atendida no CPN e as práticas assistenciais. Assim como nos estudos internacionais descritos por Koiffman (2006), os estudos brasileiros indicam o que as autoras consideram “uso criterioso, não rotineiro” de intervenções e grande utilização das “práticas demonstradamente benéficas no parto normal, segundo as evidências

científicas”, também chamadas “boas práticas”¹²⁵. São apontadas como limitações desses estudos, a utilização de bases de dados secundários, que implicam, por vezes, em falhas de registro e nesse sentido é colocada a necessidade de aprimorar bases de dados, conceitos, variáveis e delineamentos metodológicos, com vistas à comparação, comprovação e generalização dos resultados.

Pouquíssimos estudos utilizam abordagem e métodos e técnicas típicos das ciências sociais¹²⁶. Hotinsky (apud Fernandes, 2006) realizou etnografia na CP da comunidade Monte Azul, Cavalcanti (2009) investigando o entendimento *Fulni-ô* sobre conceber, gestar e parir, etnografou a comunidade e observou as relações entre o povo indígena e a CP de Águas Belas (PE), eu realizei pesquisa qualitativa a partir das vivências de mulheres e profissionais da CPSS – DF (Nonato, 2007), em minha dissertação de mestrado.

Vemos, portanto, um quadro bastante diverso, heterogêneo, sobre o processo de implantação das CP no país (considerando os casos de serviços efetivados, fechados, transformados em outras unidades de saúde), que se reflete na heterogeneidade das pesquisas que, não obstante, em geral apontam resultados maternos e neonatais favoráveis (como Campos e Lana, 2007 e outros autores citados anteriormente), em termos epidemiológicos, e a satisfação das mulheres. No entanto, aspectos negativos também são apontados.

Em relação às mulheres, por exemplo, Cavalcanti (2009) registra a grande dificuldade das parteiras¹²⁷ da CP de Águas Belas (PE) em lidar com os aspectos da cultura *Fulni-ô* que permeiam seus processos de gestação e parto, numa relação de alteridade e distanciamento. Segundo a pesquisadora, causa grande estranhamento a quantidade de pessoas que acompanham as gestantes no parto, o amamentar “coletivo”, com alternância de mães, bebês e crianças, os ritos e rezas como no ritual

¹²⁵ Entre as principais intervenções consideradas: “(...) amniotomia: 30,6-75,1%; ocitocina: 33,7-46,3%; episiotomia: 16,2-35% (...)”. Entre as “boas práticas”, as autoras destacam: “(...) alimentação (53,4-95,4%) e deambulação (46,7-88%) no trabalho de parto e uso de métodos não farmacológicos para conforto e alívio da dor (massagem: 29,8-64%; banho de imersão: 21,9-33%). (...) posições não litotômicas no parto, o partograma e a presença de acompanhante de escolha da mulher (...), alto percentual de integridade perineal, variando de 60,6% a 72,9%.” (Riesco et al, 2009, p. 1300). As transferências maternas e neonatais para unidade hospitalar, oscilaram, respectivamente de 5,8% a 11,4% e de 1,1% a 12,7%.

¹²⁶ O que coloca as CP como um fértil campo para pesquisas no país.

¹²⁷ A autora identifica uma equipe composta de seis parteiras (não qualifica sua formação e práticas), uma enfermeira chefe diarista e dois médicos obstetras que prestam atendimento duas vezes por semana. Acrescenta que, em suas visitas (não especifica quantas) somente viu atuar as parteiras.

da *xanduca* (cachimbo de ervas fumado coletivamente pelas mulheres), que as parteiras associam à alta ocorrência de hipertensão, as expressões e falas das mulheres *Fulni-ô* durante o parto, seja em língua *Yaathê* ou não. Apesar de serem consideradas, “fortes” e “corajosas”, também recairia sobre elas a responsabilidade pelas mortes neonatais, após a alta – os altos índices são atribuídos à preguiça das mães. Essa pesquisa vem a corroborar a necessidade de estudos etnográficos sobre as CP, em sua diversidade de condições.

A heterogeneidade manifesta nos resultados da implantação das CP, refletida nos estudos pode estar relacionada ao contexto de dificuldades que permeou esse processo. A análise dos relatórios técnicos da ATSM/DAPES/MS sobre as CP e alguns outros documentos relacionados (sobretudo correspondências recebidas pela ATSM/DAPES/MS para emissão de parecer técnico) complementa esse olhar sobre os desdobramentos da Portaria de 1999.

Em 2001, a ATSM/DAPES/MS realizou uma reunião técnica sobre CPNs, com representantes dos conveniados para implantação de CP e outras instâncias de governabilidade relacionadas a eles e, em 2004, a ATSM/DAPES/MS realizou uma pesquisa com os 16 conveniados para avaliação geral do projeto, utilizando um “Roteiro para avaliação das atividades desenvolvidas em Centro de Parto Normal Autônomo (CPNA)”. Os resultados dessa pesquisa, compõem o corpo principal dos dados constantes nos relatórios de “Avaliação do Centros de Parto Normal” de junho de 2005, dezembro de 2004, setembro de 2004 e abril de 2004.

Em relação aos indicadores da assistência, o resultado da avaliação mostrou que “nos CPNs com experiências inovadoras”, havia atenção prestada com “elevada qualidade”, junto a bons resultados quanto a satisfação das usuárias. Dizer isso implica reconhecer que houve CPs em que os serviços foram implantando efetivamente de acordo com a proposta de humanização da assistência e as “boas práticas” mas em outros, além de não terem sido implantados serviços propriamente caracterizados como CP, a assistência prestada reproduziu o modelo hegemônico, médico e hospitalar.

Entretanto, na referida reunião e nos dados encaminhados pelas entidades e ou CPNs, foram relatadas muitas dificuldades de implantação dos serviços: falta de experiência dos profissionais de saúde (nessa modalidade de assistência), dificuldade de estabelecer referência hospitalar para assistência às transferências pelos CPNs autônomos, a falta de integração na rede, dificultando o seguimento de exames,

transferências e outras necessidades, conflitos entre as categorias profissionais de médicos e enfermeiras, resistência da classe médica ao trabalho da enfermeira obstétrica, especialmente pela responsabilidade técnica do CPN não ser de exclusividade médica, recebimento do projeto de implantação de gestão anterior, alterações no plano de trabalho dos convênios, alterações no tipo de unidade a ser implantada e outras.

A resistência da classe médica a aceitar, compartilhar e apoiar o trabalho da enfermagem obstétrica na assistência ao parto ou na gerência dessas unidades de saúde foi uma condição que se estabeleceu fortemente, desde o princípio da iniciativa, até os dias atuais. Já no ano de 2000, um importante representante médico, acadêmico uspiano, publicou no Jornal do Conselho Federal de Medicina – CFM uma coluna repudiando as CP, que as classifica como “penduricalhos pirotécnicos”, desnecessárias e perigosas (Pinotti, 2000). Existem várias manifestações de repúdio que podem ser vistas na internet e em periódicos de entidades ligadas a Ginecologia e Obstetrícia. As manifestações em geral, seguem em ondas periódicas, de acordo com a ocorrência de fatos como o aparecimento de informações sobre CP e atividades ligadas a humanização do parto na mídia, a divulgação de políticas e as tentativas de fechamento de algumas CP e as reações a essas tentativas¹²⁸. Em 2005, por exemplo, o Ministério Público do Estado do Ceará, por meio da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública, cobrou do MS posicionamento sobre “a definição dos Recursos Humanos necessário ao funcionamento dos Centros de Parto Normal” alegando que supostamente contrariava outras Portarias do órgãos que preveem a assistência de neonatologistas e pediatras no parto. Em resposta, o MS alega ser a presença de neonatologistas e pediatras opcional nos CPNs, o que não configuraria contradição com outras políticas. Outro exemplo de desdobramento, quase uma década após, foi o encaminhamento da Resolução n. 339 de 2008 do Conselho

¹²⁸ Um exemplo bastante elucidativo ocorreu no ano de 2012. Após o programa Fantástico, da Rede Globo, ter exibido uma reportagem sobre parto domiciliar, na qual um médico declarava ser possível esse tipo de assistência ser segura, o CREMERJ reagiu ameaçando o referido médico de processo disciplinar (já existia uma norma, de 2004, proibindo médicos de atuar em partos domiciliares) e publicando uma resolução proibindo a atuação de parteiras e doulas em hospitais, com o intuito claro de atacar outras formas de promoção do que se convencionou chamar de parto humanizado. Na sequência, o movimento social reage organizando, em todo país, passeatas em favor do parto domiciliar, do trabalho de enfermeiras obstétricas, obstetrizes e parteiras e outras iniciativas e a ABENFO consegue a revogação dessas medidas.

Federal de Enfermagem ao MS, firmando posicionamento técnico-político frente a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos CPNs ou CP¹²⁹.

Para algumas autoras (Hoga, 2004; Riesco e Tsunechiro, 2002; Osava, 1997) os conflitos entre as classes profissionais da medicina e enfermagem sublinham a importância política das Casas de Parto que, representando um grupo cultural específico (em relação ao contexto mais amplo da assistência obstétrica) articularia o enfrentamento do modelo vigente – tecnocrático – por meio de um outro modelo inovador sob ameaça – atenção humanizada. Nessa perspectiva, em uma leitura “de dentro” da classe da enfermagem obstétrica, identifica-se na atualidade um momento histórico de muita importância para a renovação do papel dessa classe profissional. Na visão manifestada por Maria Luiza Riesco e Maria Alice Tsunechiro (2002):

“Paralelamente, medidas políticas do Ministério da Saúde, como a inclusão do parto realizado por enfermeira obstétrica na tabela de pagamentos dos SUS e a instituição de centros de parto normal sob a coordenação exclusiva de enfermeiras obstétricas, têm produzido confrontos com a categoria médica. Essas medidas reacendem antigas disputas entre médicos e enfermeiras pelo direito de exercer a obstetrícia. Por sua vez, as mulheres, usuárias ou não do SUS, vêm manifestando sua insatisfação com a atenção médica que recebem durante o parto, o que favorece a inserção de obstetristas e enfermeiras obstétricas nessa assistência.” (2002, p. 456)

Para as enfermeiras obstétricas, o surgimento e o fortalecimento das Casas de Parto está relacionado, portanto, ao fortalecimento da classe profissional, no Brasil, caracterizaria uma transformação do cenário, no qual a enfermagem obstétrica se reconstrói, com conquista de autonomia e prestígio, representando ainda a defesa de um novo modelo assistencial e a promoção das “boas práticas” na assistência. Várias autoras apresentam essa visão implícita ou implicitamente (Machado e Praça, 2006, 2005; Riesco et al, 2009; Hoga, 2005; Hoga, 2004), quase em analogia a um ponto de mutação em direção à autonomia e ao reconhecimento. Como bem colocam Fábio Bitencourt e Cláudia Barroso-Krause (2004, p. 25), “(...) embora remonte aos primórdios da especialização obstétrica, as discussões e os conflitos entre os

¹²⁹ BRASIL. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. Parecer técnico. Sipar 25000.101399/2005-99, de 12 de agosto de 2005.

BRASIL. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Ofício número 771. Sipar 25000.156545/2008-66, de 10 de setembro de 2008.

diferentes grupos de atividades profissionais e as vertentes técnicas não parecem ter a possibilidade de se atenuarem no momento atual.”.

A conflitualidade em torno das CP no Brasil é, portanto, uma temática que ganha proeminência. Porém, não foi somente por manifestações discursivas de repúdio que isso se manifestou, mas também, em batalhas judiciais. A Casa de Parto David Capistrano Filho, conhecida como CP de Realengo, enfrentou tentativa de barrar sua abertura e um processo judicial promovido pelo CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro pelo seu fechamento em 2009; na Casa de Parto da Comunidade Monte Azul, a responsável pela instituição, foi acusada judicialmente de exercício ilegal da medicina e a atual Casa Angela, sofre dificuldades de inserção na rede SUS; a Casa de Parto de São Sebastião – DF, já enfrentou tentativas de fechamento, por iniciativa da própria SES, quando os médicos que lá trabalhavam foram distribuídos em outros serviços e tanto a direção quanto a assistência ficaram a cargo de enfermeiras obstétricas e pelo Ministério Público, em 2009; e a CP de Juiz de Fora – Minas Gerais, ligada a Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF foi a única efetivamente fechada em 2007, após tentativas de barrar esse processo decisório do gestor universitário.

Todos esses episódios judiciais ocuparam, maior ou menor, espaço na mídia, sendo o caso que parece ter tido maior repercussão, o da CP de Realengo. O foco das discussões se coloca em torno o aparato tecnológico das CP, a suposta insuficiência da assistência prestada por enfermeiras obstétricas, a questão do “risco” e da imprevisibilidade do parto¹³⁰. De um lado a classe da enfermagem e o movimento social procuram responder às medidas judiciais, frequentemente com o apoio do MS, que se coloca em defesa da legitimidade de sua Portaria de 1999. As polêmicas circulam nas listas de discussão, blogs, noticiários e redes sociais e mobilizam ou fazem-se partícipes em encontros temáticos e profissionais, como o I Encontro de Casas de Parto da Cidade de São Paulo, em 2005 (Riesco et al, 2009), o I Encontro Nacional de CPNs, organizado pelo MS, em maio de 2008, os encontros da REHUNA (especialmente o encontro de 2007, excepcionalmente transferido para Juiz de Fora para mobilização em torno do fechamento da CP da cidade), os encontros da ABENFO e os encontros das entidades médicas.

¹³⁰ Pude reunir mais de uma dezena de notícias, que posteriormente, merecem uma análise específica.

Em 2009, por exemplo, a FEBRASGO, reunida em Assembléia Geral divulga um comunicado sobre as CP, no qual declara que essas instituições “depreciam o exercício da especialidade” dentro de um quadro de “tentativas frequentes de afastar o médico obstetra” da assistência materno-fetal. Segundo a entidade, ainda, os médicos “detem [sic] os maiores conhecimentos e habilidades do processo de atendimento ao parto” e o trabalho de enfermeiras somente poderia ocorrer dentro de uma equipe médica completa¹³¹ (FEBRASGO, 2009).

Entretanto, as reações médicas iniciam junto com a instituição das CP no país. Como reação e, de certa forma, medida protetiva, o CFM emitiu em agosto de 2001, uma recomendação, solicitada por questionamento de uma obstetra da Bahia sobre a atuação de enfermeiras obstétricas no parto. Considerando a legislação federal¹³² e, não obstante, a contrariando, o órgão delibera:

“O enfermeiro, a enfermeira obstétrica e a obstetriz estão autorizados, como integrantes de uma equipe de saúde onde, obrigatoriamente, há a presença de um médico responsável pela assistência prestada e atendimento direto quando houver desvio de normalidade, a atender ao parto normal sem distocia.” (CFM, 2002).

Nesse sentido, a classe médica, representada pelo seu órgão maior no país, declara que, obrigatoriamente, as enfermeiras obstétricas deveriam trabalhar sob supervisão e orientação médicas, o que é justificado pelo conhecimento médico sobre a mecânica da parturição, que autorizaria somente a eles a correção dos “desvios”. Essa visão, claramente mecanicista salta à razão:

“O trabalho de parto decorre de uma **força motriz** (contração uterina) que impulsiona um **objeto** (feto) com **flexibilidades desiguais** que permitam a ocorrência de **rotações, flexões e deflexões**, através de um **trajeto** (canal do parto) **curvo e acotovelado**.

Quando a **força motriz** ocorre de maneira **fisiológica, impulsionando** o feto e permitindo que este faça as **rotações, flexões e deflexões** necessárias para **transitar pelo trajeto, suficientemente amplo** para sua **expulsão**, dizemos que o parto é eutócico. Ao ocorrer

¹³¹ Reativamente, a ABENFO atuou na divulgação de dois casos de gestantes cariocas que tiveram atendimento negado em maternidades do Rio, sendo que, sem examiná-las, um médico, contrariando não só o bom senso, mas orientações clínicas, institucionais, políticas e éticas, escreveu no braço dessas mulheres o número das linhas de ônibus que deveriam tomar para tentarem atendimento em outra maternidade. Uma delas apresentava sinais de risco e acabou perdendo o bebê e sendo internada para cuidados especiais. Esses casos circularam na mídia nacionalmente e nas redes sociais.

¹³² Lei n. 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõem sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem.

qualquer anormalidade na força motriz, rotações, flexões e deflexões ou feto apresentar anomalias que impeçam sua **progressão fetal**, dizemos que há uma distocia.

Portanto, o trabalho de parto é um processo que pode sofrer **obstrução** decorrente de **anormalidades no motor**, no **objeto** ou no **trajeto**. Não estão o enfermeiro, a enfermeira obstétrica ou obstetriz autorizados a executar qualquer procedimento ou manobra capaz de corrigir a distocia, como explicitado na alínea b do parágrafo único do artigo 11 da Lei nº 7.498/86. [identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico]

Pelo exposto, fica claro que o enfermeiro, a enfermeira obstétrica e a obstetriz têm, obrigatoriamente, que trabalhar ligados a uma equipe médica, sendo os atos realizados pelo conjunto, **necessariamente dirigidos e supervisionados pelo médico** que chefia a equipe, o qual é o responsável pela conduta profissional de seus integrantes.” (CFM, 2002; grifos meus).

Esses argumentos foram a base para outros pareceres emitidos, quando solicitados pelas representações regionais ou profissionais, particularmente durante as polêmicas e processos judiciais que envolveram CP¹³³. A partir dos mesmos pressupostos, foram também emitidas resoluções de algumas representações estaduais dos conselhos de medicina, proibindo médicos de atuarem em Casas de Parto ou estabelecer alguma relação com essas unidades de saúde, seja na atuação de responsabilidade técnica ou de gestão. A resolução do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro – CREMERJ Nº 201/04, de outubro de 2004 proíbe qualquer a atuação de médicos em CP, entretanto, solicita aos profissionais o estabelecimento de uma vigilância explícita sobre os casos de pacientes encaminhadas por CP. Nos termos da resolução:

“Art.2º O médico lotado em Unidade de Saúde **notificará** por escrito ao Diretor Técnico e, também, à Comissão de Ética Médica ou ao CREMERJ, diretamente, **o recebimento de pacientes oriundos dos estabelecimentos citados** no artigo 1º desta Resolução, no prazo de 10 (dez) dias.

Art.3º Os Diretores Técnicos das Unidades de Saúde **enviarão ao CREMERJ**, no prazo de 10 (dez) dias, **toda e qualquer documentação referente ao recebimento dos pacientes** (guia de internação, prontuário, atestados, laudos e outros) provenientes dos referidos Centros de Parto Normal (Casas de Parto).

Art.4º O médico que **transportar** paciente oriundo dos locais citados no artigo 1º, **notificará a ocorrência**, por escrito, no prazo de 10 (dez) dias, ao CREMERJ, ao Diretor Técnico da Empresa de Transporte e à Comissão de Ética Médica, caso a empresa esteja ligada a uma Unidade de Saúde.

Art. 5º O médico, **na função de perito**, ao atuar em casos de **qualquer avaliação médico-legal de paciente oriundo dos locais citados** no artigo 1º, **notificará** ao CREMERJ os

¹³³ Tais pareceres parecem fornecer a base para a exclusão dos médicos do cenário das CP. Tal como uma “objeção de consciência”, diante de uma discordância prévia para com o trabalho das enfermeiras obstétricas e a assistência promovida em CP.

eventos e as circunstâncias relativas ao tipo de atendimento realizado pelo não-médico, relacionando-o com o dano ou lesão provocados ou com o eventual mecanismo de óbito.

Art. 6º O **descumprimento** desta Resolução é considerado **infração ética** passível de competente **processo disciplinar**.” (CREMERJ, 2004, grifos meus)

A Resolução nº 111/04 e o Parecer nº 142.401/10, publicadas pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo – CREMESP orientam no mesmo sentido. Assim, cabe reconhecer que, ao contrário de alguns argumentos vistos na mídia, os médicos não foram excluídos da assistência em CP, eles mesmo se excluíram, enquanto classe, e aqueles que ignorando essas recomendações se manifestavam favoráveis às CP, atuando em parceria corriam risco de retaliações, como de fato ocorreu com o médico pediatra Marcos Dias¹³⁴.

¹³⁴ O médico ginecologista obstetra Marcos Augusto Bastos Dias foi responsável pela Gerência dos Programas de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde/RJ quando a Casa de Parto David Capistrano em Realengo foi criada, em abril de 2004, é também professor e pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ e consultor do Ministério da Saúde. Em 23 de dezembro de 2004, houve um caso de óbito neonatal na CP de Realengo, de uma gestante que lá fez o pré-natal. Marcos assim relata o caso em nota amplamente divulgada na internet: “(...) Ao nascer não deu sinais de vida e após manobras de tentativa de ressuscitação que não obtiveram êxito foi considerada natimorta. Como na CP não há médico foi solicitado pela Enfermeira Leila Gomes, responsável pela Direção da CP, que a antiga Coordenação de Programas de Saúde da SMS do RJ providenciasse o atestado de óbito. Sabendo da necessidade de realização de uma necropsia a então Coordenadora Dra. Kátia Ratto solicitou à Diretora do Hospital Menino Jesus que o exame fosse lá realizado. Após consulta a patologista do hospital o corpo de recém-nascido foi levado ao referido hospital onde a necropsia foi realizada pela Dra Maria Marcelina. Preocupados em entender o que tinha determinado o óbito do recém-nascido e garantir que a família pudesse sepultar a criança antes do feriado de Natal eu e a Dra. Katia Ratto fomos até o hospital onde discutimos os aspectos clínicos do caso com a anatomo-patologista. Como havia uma grande luta do CREMERJ contra a abertura e funcionamento da casa de parto, a Dra Maria Marcelina se sentiu constrangida de assinar a declaração do óbito com medo de ser punida por aquele órgão. Foi então que me prontifiquei a assinar o atestado de óbito que foi preenchido conjuntamente com a patologista segundo os dados macroscópicos da necropsia. Seguindo orientação minha e da Dra Katia Ratto a Diretora do Hospital Menino Jesus oficia o CREMERJ informando que o exame de necropsia havia sido realizado naquele hospital.” Assim, a partir da chegada dessa informação ao CREMERJ, o órgão abre uma sindicância, que se transforma em processo ético-profissional contra Marcos. O médico não foi denunciado pela mulher ou seus familiares, mas “acusado pelo grupo materno-infantil do próprio CREMERJ por ter assinado o atestado de óbito do recém-nascido de uma parturiente que havia dado a luz na Casa de Parto David Capistrano em Realengo”. Por esse motivo, em março de 2011, o CREMERJ determina a cassação, contestada por Marcos junto ao CFM que, em dezembro de 2011, a reverte em publicação de censura pública em jornal de grande circulação no RJ. Aproximadamente, em dezembro de 2011, a REHUNA convoca entidades e pessoas simpatizantes da causa a realizarem contribuições financeiras e manifestarem publicamente seu apoio ao médico, para que, coletivamente, fosse publicado um elogio público ao mesmo, uma vez que, na visão desses atores, tanto a cassação, quanto a censura, ocorreram por perseguição política e ideológica em virtude do apoio e da abertura da CP pelo médico, enquanto gerente de programa na SMS/RJ, e não pela questão do óbito em si ou da assinatura do atestado de óbito. A censura pública foi publicada em 03/05/2012 e o elogio em 05/05/2012, ambos no jornal O Globo (ver Anexo 3). Marcos assim se coloca sobre o julgamento: “À revelia dos autos do processo o julgamento tratou exclusivamente do funcionamento da casa de parto. Vários dos conselheiros manifestaram sua raiva por não terem conseguido ainda fechar aquela unidade de saúde. Não foram discutidos os aspectos da minha defesa relativa ao preenchimento do atestado de óbito, mas minha responsabilidade pela abertura da Casa de Parto que para eles se evidenciava na minha decisão de assinar o atestado de óbito. Todos os conselheiros que se

Mais recentemente, na atual política de assistência a partos e nascimentos promovida pelo MS, a “Rede Cegonha”¹³⁵, as CP fazem parte das instituições modelo preconizadas porém, o modelo de CP autônoma está completamente ausente do discurso. Somente será investido em CP nos modelos intra e peri hospitalares. Com isso, atualmente, o próprio MS não está incentivando o modelo de CP autônomas, entretanto assume que nessas unidades, a gerência e a assistência devem estar a cargo das enfermeiras obstetras (Brasil, 2011). Nas palavras da atual coordenadora da ATSM/DAPES/MS, em entrevista publicada na internet:

“Outra coisa é o ambiente do parto. Está provado que nesse momento a mulher precisa de privacidade, de um ambiente com dignidade à altura do grande trabalho que ela está desenvolvendo. O direito à privacidade, que é um princípio ético, está inserido nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Para isso ser garantido, nós estamos investindo na reforma das maternidades.

Assim como estamos abrindo outros espaços para as mulheres em trabalho de parto com **risco habitual**, ou seja, cujo parto **não é de alto risco**. Essas mulheres não precisam estar dentro de uma grande maternidade. Elas podem ter os seus bebês no que a gente chama de centros de parto normal, **que ficarão ao lado ou mesmo dentro de grandes maternidades**. Nesses centros de parto normal, os cuidados da gestante serão capitaneados por uma equipe coordenada pela enfermagem obstétrica.” (Lemes, 2011)

Este novo “ajustamento” técnico-político em torno das CP, entretanto, parece não satisfazer a classe médica, como ficou evidenciado durante o “Seminário Internacional de Centros de Parto Normal”, promovido pelo MS e a OPAS, em Brasília, em 19 de novembro de 2012. Na parte da tarde do evento, após um painel e uma mesa redonda que discutiram os indicadores e resultados perinatais dos CPNs (com a exposição da experiência de apenas um CPN peri-hospitalar e três CPNs autônomos) e a inserção da enfermeira obstétrica e da obstetriz na assistência ao parto e nascimento, formou-se uma mesa que, apesar de ter o objetivo de discutir o trabalho em equipe, contou apenas com médicos. Dos quatro médicos presentes, três representavam entidades de classe (FEBRASGO, CFM e AMB) e o outro atuava no

manifestaram por ocasião do julgamento bradavam sua repulsa ao funcionamento daquele estabelecimento e como na fala de um dos conselheiros, os assassinos do bebê eram o prefeito da cidade e os idealizadores da Casa de Parto dentre os quais me incluía. Foi na condição de responsável pela abertura da Casa de Parto que decidiram pela minha cassação.” (ABENFO-Nacional, 2011).

¹³⁵ Essa política é prioridade de governo assumida pela Presidenta Dilma Rousseff desde sua campanha presidencial. Ver descrição da mesma no capítulo 1.

CPN peri-hospitalar que apresentou a experiência exitosa anteriormente (CPN David Capistrano Filho do Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte). Os três médicos das entidades citadas assumiram claramente uma postura de defesa e uma certa desqualificação das reivindicações dos participantes, trazendo à tona justificações sobre o atual cenário da assistência obstétrica do país, baseadas na necessidade de um atendimento em massa e em justificativas sobre procedimentos como a cesariana.

Para se ter uma ideia dos elementos discursivos que circularam, o representante da FEBRASGO enfatizou a diferença entre o que é “sonhos e o que é realizável”. Na sua visão, nada do que se coloca como humanização no parto é avesso às práticas dos médicos, não havendo nenhum conhecimento novo sobre isso. Na sua fala, o médico atua como um interventor para o salvamento da mãe e os problemas decorreriam de questões estruturais e não, médicas. Declara-se a favor do trabalho de obstetizes, e a entidade como um parceiro para empoderar as mulheres, mas acredita que não existe conflito de médicos com obstetizes. No entanto, se deveria construir uma cultura, o que e levaria tempo.

O representante do CFM foi mais enfático. Já de início declara que o órgão tem posições definidas. Declara que a obstetrícia é uma atividade médica, mas não seria atividade médica exclusiva. Defende a atuação conjunta de médicos e enfermeiras obstétricas, na qual “... princípio, meio e fim seja feito por um grupo de médicos e enfermeiras”. Coloca a postura da entidade sobre as CP: “Não somos favoráveis às CP. Tenho 2 milhões e 200 mil nascimentos, 600 hospitais e maternidades. Ou o hospital tá sobrando, ou a CP tá sobrando. A melhor coisa é o atendimento intra hospitalar por grupo de médicos e enfermeiras.”. Compara a CP do DF com uma “casa de tudo” e afirma que o “Parto normal é aquele que já aconteceu, antes não se sabe.”. Defende as cesarianas e o uso de fórceps e declara que não é possível acompanhantes entre os leitos das maternidades como estão, precisaria de reformas para isso.

O representante da AMB, segue a mesma linha de pensamento. Questionou a sensibilização causada pelas falas que expuseram as experiências das CP: “... foi muito doce. Todo mundo ficou sensibilizado. Humanização é uma palavra muito forte...”, declarou ter nascido em casa de parto, ter sido parido, ter ficado “preto”, por causa de uma anoxia, e, diante disso, pergunta: “...mudar o modelo? Voltando ao modelo de antigamente?”. Critica as parteiras e defende que o aumento das cesarianas foi responsável pela diminuição da mortalidade.

O médico que atua em CPN, foi o único que centrou sua fala, de fato, sobre o trabalho em equipe, dizendo que é um tema que está muito além “...dessa discussão sobre médicos e enfermeiras obstétricas”. Declara que, em qualquer área humana, equipes obtêm melhores desempenhos nas atividades, mas que “Uma equipe de especialistas não torna uma equipe especial. Um time de Ronaldinhos não ganha campeonato nenhum.”. Expõem que na experiência de sua instituição, há um trabalho harmonioso entre os profissionais de uma mesma classe que realizam treinamentos em conjunto, inclusive treinamentos para emergências. Finaliza dizendo que o momento do nascimento é um momento de celebração da vida e do amor.

São casos e fatos como os descritos acima que tornam a existência das CP no Brasil um forte elemento disposto no campo das disputas pela hegemonia na atenção a partos e nascimentos, no cenário da atenção obstétrica. Por isso, a centralidade das CP nesse estudo que, enquanto objeto, clarificam o tipo de relações existentes entre as classes profissionais envolvidas no cenário. Recuperando a história das CP no país vimos que diferentes paradigmas orientaram sentidos em torno das mesmas. Primeiramente, a CP colocada com o objetivo de cobrir o vazio assistencial e a ausência de leitos, por volta da década de 1980 e, posteriormente a CP com o objetivo de oferecer mais uma opção de local de parto e modelo assistencial para as mulheres, que surge, no Brasil, entre o fim da década de 1990 e anos 2000, ligada à proposta de humanização da assistência obstétrica. As CP ainda se colocam, nesse cenário, como modalidades institucionais inovadoras, mas com uma história que mesmo, fragmentada, entrecortada, ainda precisa ser explorada. Também se faz necessário explorar um pouco mais os sentidos que circulam em torno das CP entendidas enquanto “lugares” convertidos em “territórios” e associados à “casa-lar”, discussão da próxima sessão.

4.4 – Espaços, lugares e territórios do parto e nascimento

Para entender o que é uma CP e o que a configura como um lugar diferenciado em relação às maternidades hospitalares, é imprescindível voltar-se ao vocábulo que primeiro a qualifica: casa. Porém, antes de adentrar os significados associados à casa, o caminho mais lógico é o de partir de uma das abstrações mais fundamentais do humano, a noção de espaço, que, bastante difusa, parece sempre estar associada à

noção mais pontual de lugar. Como apresenta o geógrafo sino-americano Yi-Fu Tuan (1983), espaço e lugar são duas abstrações da percepção humana fundamentais, que não podem ser definidas separadamente e frequentemente se fundem. O lugar está ligado ao nosso enraizamento, nossa segurança, e o espaço ao exploratório, à nossa liberdade. Uma das características fundamentais dos lugares é que neles realizamos nossas necessidades (biológicas e culturais) e, assim, de um espaço indiferenciado, surgem os lugares dotados de valor. Se, de um lado, espaços permitem movimentos de outro, os lugares podem ser entendidos como as pausas.

Portanto, nossa noção de orientação, de localização, mais difusa e abstrata, parece ser a de espaço que, quando adquire definição e significado, transforma-se em lugar. Entretanto, os significados atribuídos ao lugar também estão em relação com o espaço que o cerca. A casa, o lar, por exemplo, pode adquirir diferentes percepções de acordo com as estações do ano e as transformações ambientais que implicam, mais ou menos agradáveis, mais ou menos ameaçadoras. O lugar implica em permanência, continuidade, intimidade, mas está fundamentalmente ligado às vivências e às relações (localizadas) estabelecidas com as pessoas. É a partir das trocas humanas que os lugares ganham intimidade, e a presença dessas trocas, por sua vez, impregna uma “atmosfera” aos lugares, marca sua ambiência.

Simmel (1996) também faz caminho semelhante – ao distinguir a importância do humano na percepção do lugar –, em suas reflexões em torno de noções associadas ao espaço, por exemplo, ao debruçar-se sobre o que nos dá uma consciência da “paisagem”. Simmel afirma que a percepção da paisagem não depende da característica de qualquer dos elementos que a compõem e tampouco do somatório desses. O ambiente onde se instaura a paisagem, que Simmel chama de natureza, pode ser considerado como uma totalidade, um todo, no qual uma unidade, que compõem a paisagem, será destacada, sendo uma delimitação momentânea que unifica o ótico, o estético e o atmosférico. Assim, a partir de uma temática aparentemente bastante pontual, a compreensão da paisagem da obra de arte, o filósofo percorre um caminho até uma das características fundamentais dos seus escritos: a observação dos dualismos, sempre presentes em todas as relações humanas. O dualismo entre o detalhe e o todo, seria fundamental e constitutivo dos seres – bem como os processos de associação e dissociação, exterioridade e interioridade, separação e aproximação (Maldonado, 1996). Nas palavras de Simmel:

“Nas múltiplas relações nas quais se imbricam os homens, grupos e produtos, se destaca diante de nós, rígido, este dualismo em virtude do qual o detalhe aspira a se tornar um todo, enquanto que o seu pertencimento a um conjunto mais amplo lhe concede apenas o papel de membro. Nós sabemos que o nosso centro está ao mesmo tempo fora e dentro de nós (...)” (Simmel, 1996, p. 17).

Assim, na percepção da paisagem, é preciso retirá-la, como um fragmento, uma condição especial, mas que precisa fazer sentido no todo, uma limitação propositalmente apontada dentro do ilimitado. Outra condição que se impõem na percepção da paisagem é o que Simmel chamou de *stimmung*. No alemão, esse conceito denota inicialmente o sentido de “estado de espírito” (Maldonado, 1996) e no processo de percepção da paisagem se coloca enquanto um estado psíquico e reflexo afetivo, responsável pelo entrelaçamento entre as particularidades e o todo, entre o subjetivo e a objetividade, conferindo-lhe unicidade. Assim, na contemplação da natureza, que delimita uma paisagem, estão em ação um “eu que vê” e um “eu que sente”. Desta forma, é importante, refletindo sobre os sentidos que atribuímos às delimitações do espaço, sejam paisagens, sejam lugares ou territórios, buscar os sentimentos e processos de subjetivação que manifestam-se no julgamento do objetivo. E estes se dão, na interação característica da sociedade.

Simmel também se debruça mais especificamente sobre alguns componentes comuns das paisagens e lugares humanos, como no caso da ponte e da porta, explorando seus aspectos simbólicos. O simbolismo da porta, interessa aqui especialmente, uma vez que marca o território delimitado enquanto casa. Para Simmel (1996b), a porta demarca o interior e o exterior, a separação e a reaproximação, mas enquanto dois aspectos do mesmo ato. Comunica um limite, quando é adentrada e fechada, mas também convida a ultrapassá-lo, na medida em que apresenta o mundo de possibilidades porta afora. Simmel compara esse simbolismo da porta à outros processos da vida:

“Quando à vida no plano terrestre, que joga a cada instante uma ponte entre as coisas despojadas de lugar, ela se encontra tanto no interior como no exterior da porta em cada um desses instantes, porta por onde ela sai do seu ser-para-si a fim de entrar no mundo, na mesma medida em que ela sai do mundo para entrar de novo no seu ser-para-si.” (1996b, p. 14)

A transcendência fundamental dos textos de Simmel, como aponta Simone Maldonado (1996), associa, por exemplo, a porta e os processos de passagem, que, ritualizados, marcam a mudança de um estatuto social, um status, a outro. Outro elemento fundamental é a reciprocidade necessária nas relações humanas, que nem

sempre se completa harmonicamente. Mas, como podemos “ler” os conflitos como processos de sociação, ainda que envolvendo forças antagônicas e confrontantes, mesmo aí é necessária a reciprocidade, que pode ser comparada com o ir e vir possibilitado pela porta.

Do espaço difuso e indistinto, o ser humano, passa a elencar uma série de lugares que ganham significado e importância especiais dentro do mundo de significados que compõem a cultura e os processos sociais. O lugar de parir e nascer, como um “momento-passagem” que marca um status social diferenciado tem, nesse sentido, um “posicionamento” singular. O simbolismo da porta, também pode estar relacionado ao nascimento: a passagem pela porta marca um novo status, um novo nascimento, e a abertura vaginal que “dá à luz” (que permite o parir-nascer) permite o nascimento de, ao menos, dois novos seres, um novo ser humano e uma nova mãe. O retorno físico à essa “porta” não será posteriormente possível mas, simbolicamente muitas vezes retornaremos aos signos que nos unem à família, à casa original, à terra natal, às nossas “raízes” para então ultrapassar tais limites, como diria Simmel, em direção à liberdade, mas também, possivelmente, ao novo, ao criado, recriado, às nossas (re)composições identitárias.

A porta instaura, portanto, o convite à entrar e sair da casa, esse lugar tão íntimo e conhecido, mas igualmente desconhecido e misterioso, lugar de vivência fundamental na modernidade, como aponta o escritor Bill Bryson (2011), que identifica uma relação de reciprocidade entre os traços arquitetônicos e os sentidos atribuídos a cada canto dos lares. Como o autor coloca: a princípio “algo tão bem delimitado e confortavelmente finito (...), é um repositório incrivelmente complexo. (...) é que tudo que acontece no mundo, (...), vai acabar, de uma forma ou de outra, na casa das pessoas. (...) As casas não são refúgios da história. É nelas que os fatos históricos vão desembocar.” (2011: p. 19). A aura doméstica que cerca as casas, apesar de muito antiga e indefinida, uma vez que as casas quase não têm qualidades universais, pode ser reconhecida por todos em qualquer canto do mundo.

A casa é um espaço fundamental de sociabilidade e convivência, relacionado diretamente à família. Como enuncia Roberto da Matta (1997), tem uma organização típica, os cômodos indispensáveis, é lugar de recepcionar, oferecer, confraternizar, lugar de hospitalidade, respeito, satisfação, de rituais e cerimônias. Um conceito plástico, elástico, que o antropólogo identifica enquanto espaço moral, de contrastes, complementariedades e oposições, fundamental para entender a experiência social

brasileira. O autor propõem ler o Brasil do ponto de vista da casa, formando um par estrutural com a “rua”, ainda em contraposição ao “outro mundo”, das mortes e do sobrenatural. São espaços - esferas de significação social com diferentes visões de mundo e éticas particulares, predominantes nos contexto brasileiro¹³⁶.

A casa seria, portanto, portadora de extenso simbolismo no Brasil. Estar em casa evocaria estar em harmonia, sem disposição para disputas, em um espaço calmo, de repouso, recuperação, hospitalidade. Esse ambiente de amor, carinho e calor humano teria seu inverso na rua e a transição entre ambos necessitaria de uma série de regras. As contradições apresentadas na casa devem, portanto, sem postas em ordem. Mas entre casa e rua ainda se estabelecem espaços de transição, “subespaços” e ocasiões especiais de possibilidades de transgressão, podendo estas serem desejáveis ou mesmo obrigatórias¹³⁷.

Para Da Matta (1997), o espaço demarca fronteiras físicas e simbólicas e se conjuga com o tempo, outra categoria fundamental do entendimento do humano, para compor um “sistema de contrastes”, uma “gramática” que conjuga espaços e temporalidades, em uma totalidade articulada, em que as atividades sociais são vividas e demarcadas. Esse sistema é acessado por memórias e recordações de tempos e espaços diferenciados que continuamente “inventam” o tempo e o espaço como categorias sociológicas, atribuindo a essas significados. Assim, o cotidiano e o extraordinário marcam o tempo, segundo dinâmicas dos espaços e grupos sociais. Na visão de Da Matta, em nossa sociedade moderna, o tempo ordinário do trabalho marca também as rotinas de manutenção, de sobrevivência, que envolvem os cuidados com o corpo e as necessidades “básicas”, as rotinas, satisfeitas principalmente com a família (e, portanto, em casa). Por outro lado, os momentos rituais seriam vivenciados a partir da transformação ou substituição da família. O extraordinário, seria assim, marcado pelo plano do coletivo, um coletivo difuso, em contraposição ao nosso ordinário, o comum, a rotina cotidiana, vivenciada no plano individual.

¹³⁶ Apesar de codificações particulares, dotadas de certa singularidade, a casa, a rua e o outro mundo, são espaços-esferas complementares, parciais, incompletas e não exclusivas (Da Matta, 1997). O par casa-rua poderia ser visto tanto oposição binária (a rua enquanto universo do engano, da decepção, da malandragem, um universo hobbesiano), quanto como gradações (Da Matta, 1997b).

¹³⁷ É em linhas gerais essas bases relacionais que para Da Matta podem fundamentar uma leitura da sociedade brasileira, com seu complexo sistema de rituais.

Se, como coloca o antropólogo, a casa além de lugar de “calor”, (raiz do vocábulo em latim para lar) e afeto (Da Matta, 1997b) é o lugar do ordinário, do controle, onde as coisas estão nos seus devidos lugares, o domínio do conhecido, como pode ser compreendido o local do nascimento? Uma vez que o nascimento paulatinamente saiu da casa para o hospital? O que explica esse deslocamento de algo tão ligado ao fisiológico e ao familiar para um espaço impessoal, público e institucional? Possivelmente, estariam aí envolvidas dinâmicas da “microfísica do poder”, ligadas à questão de gênero: manter o parto em casa, sob o domínio tradicional de um círculo feminino bastante fechado, significaria não ter controle sobre o feminino (que é base das relações hierárquicas de gênero e que também estabelecerem e mantêm a relação entre a casa e a rua). Nesse sentido, talvez aí se justifique que a vivência do parir-nascer tenha sido transferida para o domínio institucional, racional, operacional e, masculino, do hospital.

Ainda segundo Da Matta (1997b), a base do processo de simbolização é a passagem¹³⁸, o deslocamento dos símbolos, que pode atuar no exagero – reforçamento de qualidades –, na inversão – disfarçando qualidades pela troca de posições – e na neutralização – diminuição ou apagamento de qualidades – de processos sociais fundantes. Nesse sentido, seria o deslocamento do parto em casa para o parto institucional-hospital parte fundamental da simbolização desse processo social na modernidade? E, sendo assim, como podem ser compreendidas as CP? Seriam elas um “eco” simbólico do esgarçamento do modelo institucional-hospitalar? Ou um ínterim, um espaço intermediário, na oposição casa-rua, íntimo/particular-institucional-público? Como ressalta Da Matta:

“(…) podemos sugerir que existem situações em que a casa se prolonga na rua e na cidade, de tal modo que o mundo social é centralizado pela metáfora doméstica. Por outro lado, teríamos situações inversas quando a rua e seus valores tendem a penetrar no mundo privado das residências, com o mundo da casa sendo integrado pela metáfora da vida pública. E teríamos ainda situações onde os dois mundos se relacionam por meio de uma “dupla metáfora”, como o doméstico invadindo o público e, por sua vez, sendo por ele invadido. E aqui a sociedade acaba por criar um espaço e um tempo especial, verdadeiramente intermediário entre a intimidade da casa e a respeitabilidade da rua.”. (Da Matta, p. 101).

¹³⁸ “Desse modo, o ritualizar, como o simbolizar, é fundamentalmente deslocar um objeto de lugar – o que traz uma aguda consciência na natureza do objeto, das propriedades do seu domínio de origem e da adequação ou não de seu novo local. Por isso, os deslocamentos conduzem a uma conscientização de todas as reificações do mundo social, seja no que elas têm de arbitrário, seja no que têm de necessário.” (Da Matta, 1997b, p. 99).

As CP possivelmente estariam nesse ínterim, na “dupla metáfora” do relacionamento entre os mundos da casa e da rua. Toda a riqueza simbólica do mundo da casa, pensado a partir das CP, ainda precisa ser explorado, para uma melhor compreensão e, além, desse aspecto, também outras questões se colocam, como a necessidade de reconhecer a evidência do “ambiente físico e social do parto”, como um território, noção trabalhada por Deborah Fiedler. Para a autora, “A localização física do parto reflete e cria territórios sociais, que em contrapartida afetam poderosamente os processos físicos do trabalho de parto e parto e a experiência desses processos para as mulheres.” (1997, p. 159). Assim, a noção do território social do parto inclui tanto o ambiente físico quanto os paradigmas profissionais do cuidado envolvidos com os diferentes locais possíveis.

A autora centra suas pesquisas e escritos em duas instituições contrastantes: o hospital, e clínicas operadas por obstetrizes (*midwife-operated clinic*), como as CP, que ilustram diferenças e similaridades na experiência de parto de acordo com o local e o paradigma de cuidado correspondente. Assim, evidencia que o cuidado é institucionalmente estruturado de maneiras diferentes e a diferença central residiria no fato de que, no hospital, o cuidado é estruturado para facilitar potenciais intervenções obstétricas, enquanto que na clínica o cuidado é estruturado assumindo que as intervenções obstétricas não são necessárias. Nesse sentido, se justifica a proeminência dos médicos obstetras no setting hospitalar, pois, por mais que a tecnologia não seja utilizada, é preciso manter e demonstrar o controle, refletindo sua posição hierárquica. E mesmo que tecnologias mais “leves” estejam disponíveis, a tendência recai para maior probabilidade de uso daquelas mais “pesadas”, tendência essa ligada à diferentes formas de conceber a fisiologia.

Segundo a autora, médicos e enfermeiras obstétricas/obstetrizes tendem a atuar segundo paradigmas distintos (seguindo o modelo médico/tecnocrático e o “midwifery model”/modelo holístico): “Eles operam em territórios profissionais distintos, que em contrapartida estruturam o processo físico do parto em maneiras opostas.” (Fiedler, 1997, p. 163)¹³⁹. No contexto do Japão, por exemplo, tanto no

¹³⁹ A antropóloga compara os contextos dos Estados Unidos e do Japão, ressaltando que que nos Estados Unidos, os dois modelos (médico e o “midwifery model”) diferem ao extremo – são abordagens fortemente diferenciadas – e no Japão não, pois há uma tendência geral menos interventiva. As práticas obstétricas mais comuns no Japão atualmente lembrariam as da Europa e Inglaterra, onde as obstetrizes participam integralmente do cuidado nas maternidades, apesar de alguma perda de

hospital quanto nas clínicas, são as obstetrizes que preferencialmente assistem o parto, entretanto a partir de diferentes paradigmas de cuidado:

“No ambiente hospitalar, o obstetra é o portador do conhecimento autoritativo e o modelo médico prevalece; na clínica operada por obstetrizes, a obstetriz é a portadora do conhecimento autoritativo e o modelo obstétrico (*midwifery model*), que assume que as intervenções obstétricas não são necessárias para a maior parte dos partos, é praticada.” (Fiedler, 1997, p. 167).

Assim, os diferentes territórios implicam em práticas diferenciadas, mesmo para os mesmos agentes do cuidado, mudando inclusive o tipo de reconhecimento que o profissional recebe, uma vez que, no caso japonês, a obstetriz que atua independentemente é vista estruturalmente de forma mais similar ao médico, em relação à obstetriz que atua no hospital, em termos de sua autoridade, na interação com as mulheres assistidas.

A antropóloga Soraya Fleischer, também trabalhou com a ideia do local do parto como território social¹⁴⁰, relacionando o lugar de parir com o campo de forças do local estudado, no caso, Melgaço, no Pará. Neste município, o território do parto era definido enquanto uma decisão negociada entre parteiras, *buchudas*, sua rede social de apoio e a rede de saúde oficial, em torno do “*parto para casa*” e o “*parto para hospital*”: no entre lugar entre essas duas categorias nativas principais, as transições significavam problemas, apontados a partir da ideia de risco. Assim, considerando também os desdobramentos, as possibilidades de transição, o local do parto era entendido a partir de quatro categorias: o parto para casa que acontecia em casa, o parto para casa que acontecia no hospital, o parto para hospital que acontecia no hospital e o parto para hospital que acontecia em casa.

O “*parto para casa*” e o “*parto para hospital*” também era classificado segundo sua dificuldade/facilidade. Essa classificação em torno de *partos fáceis* ou *partos difíceis* variava de acordo com o local certo e a pessoa certa para assistência, considerando ainda outros significados que circulavam em torno de várias condições da mulher, sua rede familiar e social e as relações de gênero, como: facilidade ou não para pagar o parto, conseguir transporte se necessário (traslado emergencial), ter ou

autonomia e liberdade (o que difere do contexto brasileiro). O contínuo envolvimento das obstetrizes nas maternidade teria facilitado a existência de uma definição do parto como evento normal, em contraste com o modelo americano, onde o parto é bastante patologizado (como no Brasil).

¹⁴⁰ Originalmente apresentada por Fiedler em artigo de Andrea Whitakker.

não ter marido, possuir outros homens na rede social, condições das relações afetivas e familiares (se tranquilas ou conflituosas, por exemplo)¹⁴¹. Com isso, a autora argumenta que o parto, sendo domiciliar ou não, era diretamente condicionado pelas relações de gênero, mas, apesar da influência dos homens, do fato, por exemplo, de se ter um “bom marido” ou não, em geral, a decisão sobre o local do parto era das mulheres¹⁴².

Assim, a configuração da “escolha” do território social do parto variava segundo critérios tão diversos quanto: as estratégias de pagamento, a evitação de uma unidade de saúde preterida pelos locais, o “ciclo reprodutivo local”¹⁴³, a ampliação das possibilidades de escolha pela rede social, a articulação de diferentes tipos de capital e os valores locais, que a autora chama de “etiqueta obstétrica local”. Portanto, o local do parto “congregava intensa disputa por significados e autoridade” (2009: p. 146), estando em jogo as interpretações (sobre, por exemplo, dores, mal estar, etc.) negociadas e disputadas entre parteiras, profissionais de saúde e pessoas da família. Mesmo casos de indicações de cesariana, dependiam de uma complexa rede de fatores e não da política institucional de referência, sendo o “*encaminhamento*” para uma maternidade independente das indicações biomédicas e da gravidade identificada. A decisão de tentar alterar o local do parto pré-definido ou esperado envolvia uma retórica do convencimento, em que o conhecimento autoritativo se manifestava, envolvendo, por vezes, o discurso biomédico, mas também vários elementos que compunham o trabalho das parteiras em Melgaço, para muito além do fisiológico, o

¹⁴¹ A autora comenta uma série de condições que poderiam compor um parto enquanto fácil ou difícil. Um parto fácil, em geral, era rápido, sem complicações, adequado à “etiqueta obstétrica local” e com rede social de apoio. Um parto difícil, envolvia a demora, o “cansaço” da parteira, desconfianças em torno do diagnóstico médico ou de outro profissional, a mulher apresentar por exemplo “dor torta”, “pente” fechada, desejo de esterilização, crise conjugal, estar sem marido, dinheiro, emprego, parentes, sem rede social de apoio.

¹⁴² Fica então uma questão, se, como apresenta, Soraya Fleischer, as relação de gênero influenciam na determinação do local do parto, então, qual será a influência do local do parto nas relações de gênero? Ou seja, será que o local do parto, entre domicílio, casa de parto, maternidades hospitalares ou ainda outros estabelecimentos de saúde podem influenciar nas relações de gênero?

¹⁴³ Circunstâncias em que as mulheres tem seus filhos de acordo com sua idade e situação conjugal, que tende uma certa frequência, por ex., primeiro filho jovem, adolescente, sozinha, sem condições, segundo filho casada/amasiada, em melhores condições.

contato com a rede social e a saúde oficial, o apoio, a articulação, rezas, *puxações*¹⁴⁴, entre outros.

Soraya Fleischer identificou que, para as mulheres de Melgaço, um sentido essencial de parir em casa era de não ficar sozinha, enquanto que o hospital representava o medo, a solidão, maus tratos, a vergonha diante de agentes de saúde conhecidos, a submissão à toques (“dedadas”), cortes e más experiências. Porém, de fato, parir em casa, dependia de uma série de fatores e relações:

“(...) o local do parto informava muito sobre as relações entre personagens, práticas e poder. O espaço de parir era classificado em alternativas hierarquizadas de forma distinta para cada público. Aquelas com capital material e social eram hospitalizadas. Aquelas apenas com capital social na forma de redes de apoio eram atendidas pelas parteiras e, no caso de *partos difíceis*, recorriam a Breves e Portel [cidades próximas]. E, as desprovidas de qualquer tipo de capital acabam procurando a *unidade* [evitada pelas locais]. Quer dizer, quanto menos *sozinha* e mais recursos, mais havia a possibilidade dessa mulher escolher o local onde parir. Essas ideias relativizavam não só as definições correntes de “pobreza”, mas também a identificação da casa como uma “falta de opção” para parir. E, ao notarmos o trânsito e a discussão das mulheres *de trás* [região mais pobre do município, na denominação nativa] sobre esses diferentes espaços para parir, fica claro como considerar os postos, unidades e hospitais era uma tentativa de **ampliar o leque de alternativas disponíveis** (Morton, 2003) e, sobretudo, como cada uma dessas alternativas constituía o que Fiedler (*apud* Whitaker, 1999: 225) denominou de “territórios sociais”, com dimensões próprias de bem-estar, poder e *agency* (Ortner, 1994). A casa permanecia como principal opção, porém, mais e mais, estas mulheres e suas parteiras traçavam formas de transitar por outros espaços sem que os valores locais fossem completamente usurpados.” Pág. 167. [grifo da autora].

Portanto, a localização física do parto, seja o domicílio, as maternidades hospitalares, as CP, ou, ainda, outras instituições, constitui um lugar que congrega um intenso e dinâmico campo de forças e significações. Para compreender profundamente a experiência do parir a partir de sua localização, há que se levar em conta, os agentes atuantes, seus discursos e práticas e o desdobramento dessas na sociedade e cultura locais envolvendo, sobretudo, as mulheres mas, também, todo o universo (agentes, instituições, processos sociais) que os circunda de forma crescentemente complexa.

Os dois capítulos seguintes relatam os resultados da pesquisa realizada explorando as conflitualidades e sentidos associados aos discursos, saberes e práticas enunciados pelas enfermeiras obstétricas atuantes no território social das duas CP consideradas neste estudo. O quinto capítulo enfatizada a questão dos conflitos que permeiam, tencionam e, em última instância, fundam o campo, e o sexto capítulo explora sentidos sobre o cuidado promovido nas CP.

¹⁴⁴ Tipo de massagem abdominal realizada pelas parteiras locais.

Capítulo 5 – A obstetrícia como um campo de batalha

Este quinto capítulo, é o primeiro que apresenta os resultados da pesquisa empírica. Dividido em cinco sessões, traz à tona questões que envolvem ambas CP participantes da pesquisa, entretanto, sempre ressaltando as diferenças entre a CPSS e a CPR. A primeira sessão pode ser considerada introdutória, as duas seguintes trabalham reconstituições históricas da CPSS e da CPR, respectivamente. A quarta sessão retoma a questão central do conflito, buscando suas imbricações e enraizamentos, a quinta sessão, finaliza o capítulo, evidenciando a questão da violência obstétrica.

5.1 – Onipresença do conflito

Como trabalhado no capítulo três, de um lado, a própria definição de campo reconhece que o campo engendra relações sociais de disputa (Bourdieu, 2008, 2000, 1983b) e, de outro lado, pesquisas de áreas da saúde (como as citadas nos Capítulo 3 e 4) e históricas reconhecem a existência de conflitos entre profissionais médicos e não-médicos no campo da assistência obstétrica. As pesquisas históricas tem demonstrado como a hegemonia médica se instaurou no campo, envolvendo relações de gênero, de raça e, notadamente a medicalização (comentada no capítulo um), trazendo a tona um cenário em que a profissionalização dos agentes e a hospitalização são dominantes.

No discurso das enfermeiras obstétricas que atuam em CP entrevistadas nessa pesquisa, o campo da obstetrícia se coloca como um autêntico campo de batalha. Palavras que denotam relações conflituais circulam frequentemente no discurso: guerra, batalha, embate, *front*, briga, ameaça, comando, luta, campo de batalha, linha de frente, enfrentamento, recuo, foram algumas das expressões encontradas nas falas dos profissionais de ambas as casas. Essa perspectiva conflitual permeia as falas e irá se refletir na forma como as comunidades de práticas (no caso, comunidades no interior da enfermagem obstétrica) identificam sua constituição, como se constrói seu conhecimento autoritativo, e como essas práticas se evidenciam nos territórios sociais do parto, aspectos que serão discutidos progressivamente.

Como esperado diante do tipo de instituição em que essa pesquisa se centrou, CP que sofreram tentativas de fechamento, a leitura que seus integrantes fazem da história é centrada nesses aspectos conflituais e deles parte sua discursividade:

“Se eu pegar... que duas palavras eu fosse definir a casa de parto, eu definiria: o melhor local do mundo e conturbação né?! Porque é... é bem assim! Entendeu? (...) É o melhor local do mundo porque é um trabalho extremamente diferenciado. (...) Que eu adoro... Porque eu adoro Obstetrícia. E, assim... A conturbação é assim: todo ano... é... vai fechar a casa de parto. O CRM... Lá lá lá... Entendeu? Esse tipo de coisa quer vai... que a gente fala... que eu falo aqui que é conturbado. Todo ano é a mesma coisa! Esse ano não teve ainda. A gente já tá se preparando pra... para a fanfarra, né?!... que vai ter... O CRM achar que pode fechar a casa de parto, como todas as casas de parto que você vai ver também.” Fernando – DF

Como expressado acima, é uma espécie de paradoxo fundante. A CP representa o ideal para a mulher, o ideal como local de trabalho para a enfermeira (por vezes aparecendo no discurso como o oásis, a “terra prometida”), e um contexto essencialmente conflituoso e ameaçado.

No entanto, o reconhecimento da centralidade do conflito não é, necessariamente, um aspecto negativo. A despeito dos entraves, das dificuldades, das idas e vindas que os conflitos geram nos processos de trabalho e o desgaste emocional em torno disso, por vezes, os conflitos são vistos como elementos geradores de consequências boas, em última instância. As falas abaixo são exemplo dessa perspectiva:

“(...) isso só nos deu força. Se pensaram em nos derrubar, foi um momento em que eles nos fortaleceram. Fortaleceu o grupo aqui dentro, fortaleceu o ideal das pessoas que tão, mesmo de longe, nos apoiam e foi muito bacana.” Laura – RJ

“Aí foi quanto o Conselho de Medicina mandou para o Ministério Público uma denúncia e foi a melhor coisa do mundo. Porque através da denúncia, surgiu uma demanda, que o MP foi julgar se a CP era segura ou não. Porque o que eles alegavam é que uma casa não pode funcionar sem médico e o que nós alegávamos é que os recursos daquela CP, com enfermeiro ou com médico, tem uma limitação! Então, o que precisava era de profissionais capacitados pra saber até que ponto, uma mulher pode parir ali.” Adriana – DF

Com isso, vê-se que está enunciado na própria fala desses agentes de saúde o que Simmel (1983) coloca como o potencial produtor de unidade e sociação dos conflitos. Na primeira fala aparece claramente a união interna do grupo “afrontado” judicialmente e a mobilização de simpatizantes da causa. A segunda fala mostra como a suspeição trazida a tona pelo desafio da legitimidade (seja ela com relação a legalidade, seja com relação a qualidade da assistência, como depoimentos mais a frente reforçarão), no “fim das contas” contribui para a resolução da própria questão enunciada, ou seja, diante de um problema-acusação que a classe médica enuncia, em desfavor da enfermagem, a classe médica acaba contribuindo para uma resolução favorável à enfermagem que, ademais, ganha visibilidade.

A historicidade das CP autônomas brasileiras é marcada, portanto, por conflitos em grande parte polarizados entre as classes profissionais da enfermagem e da medicina. No discurso dos profissionais entrevistados, frequentemente, se colocou um “eles” em oposição ao “nós”, ou o “a gente”, sendo que o primeiro elemento se referia à classe médica e o segundo, às enfermeiras obstétricas das CP.

O conflito que se manifesta em nível macro, num escopo maior, entre as CP e a classe médica – quando se discute legalmente e politicamente a legitimidade de um espaço a priori de legitimidade exclusiva das enfermeiras obstétricas, como as CP –, também se reproduz em nível micro, nas relações em que há uma convivência das classes num mesmo território (as maternidades em que médicos e enfermeiras trabalham “em equipe”, as maternidade onde médicos e enfermeiros se formam, realizam suas residências e estágios de especialização e na condição singular da CPSS, de funcionar com enfermeiras e pediatras) e as situações que engendram a limiariedade entre fronteiras territoriais e simbólicas (as transferências e remoções, as disputas de diagnósticos, por exemplo).

Em um primeiro momento, é importante apresentar uma reconstrução da história das duas CP consideradas nessa pesquisa. A história ora apresentada, uma contribuição significativa deste trabalho, se constitui como uma colcha de retalhos a partir da fala das entrevistadas. As duas reconstruções trazem elementos para compreender o porquê e o contexto de surgimento das duas casas, as tentativas de fechamento das mesmas e seus processos de trabalho.

5.2 – Uma história da CPSS

A CPSS viveu até hoje dois períodos diferenciados: em uma primeira fase, desde sua inauguração, em 2001, até 2009, funcionou com a presença de médicos gineco-obstetras, pediatras e enfermeiras e, a partir de 2009, até o presente momento, uma segunda fase, na qual as parturientes e seus bebês são assistidas por enfermeiras obstétricas e pediatras.

Assim como em uma leitura da história da CPR, não basta procurar pela história de uma CP a partir de sua data de fundação. A história começa muito antes, ligada ao contexto político e sociocultural, nacional e local, iniciativas institucionais, iniciativas pessoais e, mesmo, eventos inesperados, implicando na vida cotidiana de profissionais e mulheres. Por meio do relato de várias entrevistadas da CPSS, por exemplo, vimos que a promoção de uma Especialização Lato Sensu em Enfermagem Obstétrica, promovida pelo MS em parceria com a UnB, em 2000, a primeira do Centro-Oeste, impactaria, mais tarde no trabalho da única CP do DF e região. Tal especialização já fazia parte das iniciativas do MS em prol da humanização e qualificação da atenção obstétrica no país.

No âmbito do DF, portanto, algumas iniciativas começavam a acontecer. O Hospital Regional da Asa Sul – HRAS vinha implantando algumas modificações na assistência, se tornando reconhecido como um hospital maternidade com iniciativas de humanização. O HRAS realizou reformas físicas e assistenciais, implantou inicialmente PPPs e incentivou novas práticas assistenciais, como a presença de acompanhante. Essas mudanças foram bastante incentivadas por um médico muito influente no HRAS, tendo sido diretor da maternidade por muito tempo, e no DF como um todo (na SES/DF).

Esse doutor conta ter sido dele a ideia inicial para implantação de uma CP em SS pois não havia nenhuma instituição de saúde pública na cidade e toda a demanda se encaminhava para o HRAS, que também era referência de “alto risco” para várias outras localidades. Assim, inspirado na CP de Sapopemba, em cuja inauguração havia estado presente, pensando nas necessidades locais da população e em seus próprios ideais, criou-se um CP em SS, acoplada a uma Unidade Mista de Saúde. Com isso, a UMSSS garantia assistência às crianças e a CP às gestantes, com equipes de médicos, enfermeiros e técnicos. Idealmente, o médico faria a triagem de intercorrências e

trabalhos de parto, realizando a classificação de risco e, sendo identificado um parto de baixo risco, a assistência seria prestada por enfermeiras. Do contrário, a gestante seria encaminhada com vaga garantida para o HRAS. Segundo a fala de seu idealizador, a CPSS nunca teria funcionado apenas com médicos porém, depreende-se da fala de todas as outras entrevistadas (o que é reforçado pelos resultados de minha incursão na pesquisa de mestrado) que quase raramente as enfermeiras obstétricas responsabilizavam-se pelo acompanhamento do trabalho de parto e parto.

A equipe básica de um plantão constituía-se de dois médicos gineco-obstetras, uma enfermeira e três técnicos de enfermagem. Havia poucas enfermeiras com especialização em obstetrícia, o número de partos era baixo, havia grande número de transferências e o custo era considerado muito alto. Relatos de profissionais que trabalhavam no HRAS (que era a referência para transferências) nessa época e da CPSS (Nonato, 2007) contam que a casa recebia muitas críticas, em virtude dos custos e das transferências. Seus profissionais eram desacreditados.

Por cerca de oito anos a CPSS foi gerenciada por médicos gineco-obstetras. Nesse período há o registro de uma iniciativa para incentivo à atuação de enfermeiras na assistência ao parto, com a realização de um curso de curso de 80 horas pela SES, no HRAS, do qual participaram 30 enfermeiras. Entretanto, foi somente a partir de fatos inesperados que uma série de decisões foram tomadas em direção à transição da casa para um modelo de assistência com a enfermagem. Os participantes da pesquisa colocaram duas versões para essa transição: uma que no fim de 2008, teria ocorrido um problema no HRAS, com o desabamento de uma parte do teto da maternidade, que teria sido por isso interditada e outra que a interdição teria ocorrido por problemas de infecção hospitalar. Independente do que, de fato, ocorreu, com a interdição dessa importante maternidade da rede hospitalar do DF, gestantes e bebês passaram a ser transferidos para outras maternidades, principalmente o Hospital Regional da Asa Norte – HRAN que, por sua vez, atingiu uma superlotação.

Diante do problema instaurado na rede de maternidades do DF e que gerou um “efeito cascata”, a SES decide remover os gineco-obstetras da CPSS para um hospital recém inaugurado, totalmente equipado e vazio de pessoal: o Hospital do Paranoá – HP e, uma vez que SS não teria mais obstetras, o serviço seria fechado. No pano de fundo, na CPSS, havia ocorrido uma troca de direção que evidenciou uma “*briga política*”, um conflito entre a primeira direção, de gineco-obstetras (que lá se encontrava desde a fundação), e a segunda, de uma pediatra. Assim, já havia um

conflito no interior da CPSS. A nova diretora era, por exemplo, boicotada pela ausência de profissionais nos plantões. Portanto, em momentos mais ou menos concomitantes, ocorria uma nova acomodação dos gineco-obstetras no HP e mudanças na assistência no âmbito da CPSS. Vários problemas se colocaram: quem assistiria gestantes e parturientes em SS, levando em consideração a mudança dos recursos humanos e o problema político-institucional entre ginecologistas e pediatras? Como a nova direção se colocaria? Como ficaria a referência para transferências da CPSS, uma vez que haviam vários problemas na rede? A CPSS contava então com profissionais pediatras, enfermeiras (poucas com especialização em obstetrícia) e, ainda os clínicos gerais da UMSSS. Como conta uma enfermeira, mulheres chegavam ao serviço para parir e assumiam médicos que não tinham a especialidade da obstetrícia:

“A casa ia fechar, tentaram fechar. Mas toda noite chegava mulher parindo! (risos) Então as mulheres é que não deixaram a casa fechar!. Os clínicos e os pediatras surtados, só atendimento de emergência.” Adriana – DF

Porém esses médicos não queriam de fato assumir a assistência, pois não tinham a especialidade e continuavam os boicotes aos plantões. A então diretora, pediatra, demandou à uma enfermeira – a última “opção” na hierarquia profissional estabelecida – , que assumisse “o *expulsivo*” (situação em que as mulheres chegam ao serviço já praticamente parindo, no terceiro estágio do trabalho de parto, chamado de estágio expulsivo), inicialmente, em um plantão específico:

“Um dia, eles boicotaram mesmo: uma pessoa entrou de licença e ela não conseguiu cobrir o plantão nem com um ginecologista – porque não tinha ninguém. E ela me ligou e disse: “Ana...(...) você pode me fazer um favor?” Eu me lembro que era agosto de 2008. (...) Ela falou assim: “Eu estou sem um ginecologista no plantão... eu falei pra ela fechar, não vai fazer ficha e eu conversei com o clínico e pedi pra eles pra fazer os parto, o parto que chegar expulsivo. Não vai ter jeito da gente não acolher essa mulher! Só que ele falou que se ele tiver que fazer isso, ele abandona o plantão também! Eu vou ficar sem gineco e sem clínico!” E ela: “Você não quer ir pro plantão?” Né? “E se você... E se chegar um parto expulsivo, você faz? Você assume? Porque ele diz que ele não... que ele não tem condições de assumir!” E eu falei: “Sim. Posso. Eu vou”. Aí, quando chegou aqui... é... eu tava no plantão e o comando era: se estiver expulsivo, eu assumo, não faz ficha.” Lidiane – DF.

Como colocado no depoimento acima, a enfermeira deveria atender a parturiente, mas não registrar o atendimento, como se não pudesse aparecer, como se tivesse que ser escondido sendo que, em realidade, isso era o legítimo e esperado em uma CP. Esse “plantão” (como os profissionais se referem a uma configuração de equipe escalada para cobrir um determinado período no serviço) desencadeou vários desdobramentos, também, a partir de fatos inesperados. Ocorre que, por volta de duas horas da tarde, havia um casal vindo de Alto Paraíso para ter o bebê na casa – parte de uma clientela típica – que já havia sido “avaliado” em um atendimento anterior, na madrugada, por um médico que “*não desfez a expectativa*” (EO05DF). Como era uma parturiente de primeiro filho, o trabalho de parto estava se desenrolando lentamente. Ao deparar-se com o retorno desse casal, a enfermeira designada para o plantão conta que colocou-se um “*problema social*” e que “*não deu conta*” de orientar que procurassem outro serviço pois havia uma grande expectativa do casal em parir na casa. Mesmo não sendo um “expulsivo”, contrariando o protocolo e prevendo que o parto não ocorreria até o final da tarde, quando terminaria seu plantão, decide por internar, acolher o casal. Antes, entretanto, negocia a situação com uma pediatra que estava no plantão:

“E agora eles estão ali, tá com cinco centímetros, a probabilidade desse bebê nascer no meu plantão é pequena.. Mas eu assumo a mulher. Você assume o bebê?” Aí ela disse assim: “Ué! Por mim, tudo bem. Agora, olha, não entendo nada de mulher não, hein!” E eu falei: “Não. Eu assumo a mulher”. Né?! Mas aqui tinha um modelo que o pediatra assiste a criança. “Então, você assume!” Então, eu tinha que dividir com eles isso. Aí ela falou: “Não. Por mim, tudo bem, não tem problema nenhum! E interna essa mulher. Interna, mas eu nem caracterizei como internação: eu deixei ela em observação, aí falei:... “Eu vou avaliando e tal...” Acolhi esse casal. Menina! Quando deu cinco horas da tarde, que a outra pediatra descobriu que eu tava com essa mulher aqui, ela criou uma quizumba! “Isso é um absurdo! E não sei o que...” E eu falei: “Você fique tranquila, eu não tô... Primeiro, eu não fiz à revelia! Eu conversei com meu outro... com um outro colega. Então, a fulana sabe desde o começo, né, que essa paciente tá aqui, né, e tá tudo bem com a mulher e tá tudo bem com a criança! Entendeu? Não tem por que...” E eu falei: “E você não precisa ficar preocupada, porque a probabilidade desse bebê nascer...” E ela: “É, se esse bebê nascer ruim...” E eu falei: “Esse bebê não vai, porque o bebê tá bem!” E eu falei: “... você não precisa ficar preocupada porque essa criança vai nascer depois das sete! Porque a contração dela, né, é uma contração que ainda não... não vai evoluir rápido, é o primeiro filho...” E ela, assim: “Piorou!

Porque a noite, quem tá aqui sou eu! Não é a fulana! Então, a fulana não podia decidir por isso!” E eu falei: “Sim! Mas a noite, você quer queira ou não, você vai pegar um bebê, porque a noite tem um ginecologista!” “E eles vão internar!” Né?!”. Lidiane – DF.

A enfermeira designada para o plantão e duas médicas pediatras participam do diálogo recontado pela primeira. Há uma primeira negociação com uma pediatra que aceita a situação, mas colocando claramente que não confia no trabalho da colega enfermeira e, diante de qualquer problema, não se responsabilizaria pela mulher. No entanto, ambas negociam a situação e a enfermeira responsabiliza-se pelo atendimento a mulher e a pediatra pelo atendimento ao recém-nascido. Porém, todo combinado se altera diante de uma nova pediatra presente no plantão e que não aceita os termos do acordo. Primeiro, coloca claramente que não concorda com a assistência prestada pela enfermeira e que, em segundo lugar, uma vez que não confia no trabalho da colega e diante da possibilidade de o bebê “nascer mal” não quer se responsabilizar pelo mesmo e, em terceiro, sua decisão não se subordinaria a decisão de outrem (nem da colega enfermeira e nem da colega pediatra), mesmo que o bebê só viesse a nascer no plantão noturno, que contaria com um gineco-obstetra, a situação mais provável. A fala da enfermeira reafirma, em parte, sua autoridade mas também a consulta ao profissional médico (a primeira pediatra), ou seja, sua subordinação. Apenas sua avaliação (“mãe e bebê estão bem”) não é subordinada. No entanto, para a segunda pediatra, esse argumento não é válido pois ultrapassa o limite da proeminência de sua decisão e sua preocupação exclusivamente dirigida ao bebê. O bem-estar da mulher-mãe e seu acompanhante não é levado em consideração.

O desfecho dessa situação ocorre com a desistência do acompanhamento pela enfermeira, diante da situação conflituosa que se colocava. Assim, o casal foi informado da circunstância (segundo a enfermeira, desde o começo eles sabiam que estava sendo descumprido o protocolo) e em seguida encaminhados para o HRAN, “bem chateados”. Contudo, os desdobramentos desse plantão, não acabaram por aí. Em virtude da opinião da médica discordante, cinco pessoas mudaram de trajetória: a parturiente, seu acompanhante, o bebê, enfermeira obstétrica e a médica pediatra chefe da CPSS. No plantão seguinte em que a enfermeira envolvida estava presente, ocorreu uma situação de conflito pessoal, polarizado entre ela e uma médica pediatra, em torno da legitimidade dos fatos descritos acima. Como a própria enfermeira descreve:

“No meu outro plantão, tava um bafafá aqui! Esse menino nem tinha nascido e tava um bafafá! “Por que que eu tinha internado? Por que que eu tava aqui?”. Era como se eu tivesse assumido um plantão médico! Aí, foram me chamar a atenção! (...): “Ah! Isso é ilegal!”. E eu falei: “Não tem nada de ilegal!” Isso tava no auge do fechamento da casa de Juiz de Fora. Aí, ela falou assim: “Enfermeira não pode fazer...”. [ao que ela responde] “Onde tá escrito? Primeiro, eu queria te dizer que eu não cheguei aqui: eu sou a enfermeira obstetra, né”. Até porque eu era escalada na casa de parto, mas eu também era escalada na Pediatria e na Clínica Médica. Aí eu disse: “Olha! Eu sou enfermeira obstetra e se eu assumi, é porque eu tinha condições de assumir!” “– Ah! Mas você não pode!” E eu falei: “Pode! Você conhece a legislação da casa de parto?”. Eu falei: “A legislação da casa de parto diz que a equipe mínima é um enfermeiro! Equipe complementar é médico ginecologista e pediatra”. Então, eu poderia! “ – Inclusive, o Ministério da Saúde está fechando as casas de parto! [fala da pediatra] ” E eu falei: “Aonde está escrito?” “Aonde está escrito?”. E ela também não sabia! E eu falei: “Eu trabalho no Ministério da Saúde, né. E muito pelo contrário: lá continua-se querendo, é... unidades como esta, né, e, se eu fiz, é porque estava habilitada para legalmente e formalmente, entendeu? Eu tinha condições de fazer. Agora, eu não sei porque vocês estão tão preocupados! A criança nem nasceu aqui!” Né?! E aí, ela falou assim: “Não! Mas tem uma legislação recente.” Então, eu falei: “Então, é muito recente, né?!” Na época, tinha saído a RDC 36... E que foi publicada em julho e a gente tava em agosto, e eu falei: “Pois a última legislação que eu conheço, que foi publicada no mês passado, ainda é de adequação e ela não contraria nada do que tá aqui! Então, não tem porque essa unidade ser fechada!” Né?! Enfim! Calei a boca, tá rá rá, tu ru ru... E... Esse fato foi parar no CRM!”

Lidiane – DF.

Alguns elementos chamam atenção no diálogo reproduzido pela enfermeira. Em primeiro lugar, o “correto” para a enfermeira (a realização da assistência à parturiente e ao bebê, seja configurado como acolhimento, seja como monitoramento) é colocado pela pediatra como se fosse uma afronta, uma coisa errada. O elemento em jogo parece ser a autonomia da decisão da enfermeira, mesmo que, em última instância, estivesse completamente subordinada à decisão e ao “comando” de sua chefe, outra médica pediatra.

De fato, a enfermeira “assumiu” um plantão que até então, tradicionalmente, naquela CP, era de responsabilidade médica. Entretanto a classe médica legitimada para tal, a dos gineco-obstetras, não se fazia mais presente e, além do mais, tanto pediatras, quanto clínicos, não aceitavam a responsabilidade. A posição da enfermeira

contrariava a tradição institucional porém os argumentos elencados pela pediatra opositora da situação, não eram legítimos: a legitimidade da assistência por enfermeira obstétrica e a legitimidade da CP por ela questionados, em verdade, eram assegurados pelas normas e legislações do MS e dos órgãos competentes para regular o exercício profissional da enfermagem, conhecidos pela enfermeira e desconhecidos pela médica. A enfermeira ainda elenca outros elementos a favor de si: suas “condições de assumir”, o fato de, legalmente, representar a equipe mínima de uma CP, o fato do MS “querer” CP, e trabalhar no MS e o fato de a criança não ter nascido. Entretanto, mesmo estando contra a normatividade legal, a médica não perdia sua autoridade, uma vez que seu conhecimento autoritativo era o mais alto na hierarquização da instituição, o que permitiu que entrasse com uma representação contra a médica pediatra chefe da CPSS no Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – CRMDF, que autorizou e, em verdade, demandou a responsabilização da assistência pela enfermeira obstétrica¹⁴⁵.

Esse primeiro conflito, que marca as relações entre profissionais enfermeiras e médicos da CPSS, ocorreu em agosto de 2008. Em novembro do mesmo ano, esse episódio viria novamente a tona, quando a representação no CRMDF contra a diretora da casa vem a conhecimento da mesma. O argumento da representação parece ter sido a permissão e a solicitação da atuação da enfermeira obstetra. A enfermeira conta que, mesmo não sendo diretamente citada, fez questão de responder ao processo junto com a chefe, pois a mesma havia solicitado os documentos que mostravam a legalidade do que fizeram ou, ao menos, pretenderam fazer. A partir de janeiro de 2009, mesmo com a representação, a médica diretora quis “bancar” a assistência com enfermeiras obstétricas, concretizando a transição para a segunda fase da CPSS. O contexto era de concretização da proposta da SES de transferir todos os médicos obstetras para o HP e manter a assistência em SS com profissionais enfermeiras obstétricas, uma vez que o atendimento ali era do parto de “baixo risco”. A enfermeira que protagonizou o conflito descrito é uma peça chave nessa transição, pois apoia a chefe nessa transição, afirma ser possível concretizar a assistência nesse novo modelo e auxilia na busca de

¹⁴⁵ Uma questão interessante nesse sentido e acerca das crianças (bebês) é que o “direito” das crianças é evocado em duplo sentido: por aqueles que não concordam com a assistência obstétrica de enfermeiras obstétricas e o cuidado promovido em CP, é evocado o direito à presença de um pediatra no nascimento (constante no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA) e, por outro lado, pelos defensores desse tipo de assistência, é evocado o direito a um parto adequado, respeitoso, humanizado.

enfermeiras obstétricas em atuação no DF. Então, entra em cena uma outra personagem chave, uma enfermeira que havia sido chefe da residência em enfermagem obstétrica no HRAS. Um pequeno grupo da CPSS, incluindo essas duas enfermeiras, articula outras enfermeiras, identificam as especialistas do DF e entram em contato para convidar a trabalhar na CPSS, em pleno carnaval de 2009.

No início de 2009 então, reinicia o conflito pois em uma primeira fase, as enfermeiras assistiam o parto em período expulsivo, mas não tinham autonomia para internar. Nessa situação, as enfermeiras obstétricas eram aceitas pois aliviavam a tensão dos clínicos e pediatras que podiam internar, mas não queriam assumir a assistência. Quando os enfermeiras começaram a ter autonomia para internação (1º elemento em jogo), recomeçaram os conflitos. Na prática, isso levava a situação de o pediatra acatar a internação pela enfermeira obstétrica (2º elemento em jogo) já que, pelo protocolo, a assistência do RN só poderia ocorrer com o pediatra. Assim, o conflito se concretizou em um segundo documento enviado para o CRM, desta vez coletivamente. Essa é uma leitura que depreende-se da fala da enfermeira envolvida nos conflitos iniciais:

“Pra equipe médica, isso era ótimo! “Graças a Deus que vocês estão aqui hoje! Gra...” Era ótimo! Eles achavam lindo! Na medida em que o serviço foi se estabelecendo, a gente passou a internar. Ai eles sentiram! Ai, já não era bom! Enquanto a gente já não serviu só pra aliviar a tensão deles, a gente não serviu mais! Ai eles ficaram incomodados! Ai... E mais incomodados ainda porque a decisão de internar era do enfermeiro. O Pediatra tinha que vir! A mulher já internou, ele tem que vir... Porque o protocolo... Quando a gente desenhou o protocolo, a gente tinha pouquíssimos enfermeiros, a gente não tinha condição de auxiliar a mulher e o bebê. Então, a gente manteve o desenho anterior de que quem assiste ao RN é o Pediatra! Porque a gente só tinha o enfermeiro pra assistir ao parto, e era quem tava no parto, tava no consultório também! Então, a gente manteve o modelo, o desenho que existia anteriormente; e eles se incomodaram muito, porque quem decide é o enfermeiro, e quem assiste o menino é o Pediatra! Ai, foi onde começou o conflito! Ai, eles fizeram um documento pro CRM, né?!... pedindo pra fechar, tá rá rá...” Lidiane – DF.

No primeiro conflito, portanto, colocava-se uma questão pessoal entre uma médica pediatra e a enfermeira obstétrica e outra pediatra (diretora da casa), havendo uma representação no CRM e sendo a questão principal o fato de uma enfermeira

obstétrica assumir. No segundo conflito se colocava a necessidade de assistir o RN, pelo pediatra ser de responsabilidade, em última instância, da enfermeira obstétrica, porque foi ela quem o internou e, por isso, um documento coletivo foi enviado ao CRMDF, que, por sua vez, aciona o Ministério Público. O relato é que o envio do documento para o CRMDF foi uma surpresa, pois mesmo os pediatras “aliados”, felizes e satisfeitos com o trabalho, que estavam já colaborando com as enfermeiras, assinaram o documento. Com isso, coloca-se uma indisposição também entre o órgão médico e a SES:

Não. De jeito nenhum! A gente foi surpreendido... Com a denúncia... Né?! E aí, começou alguns conflitos! E a Secretaria de Saúde também se posicionava muito bem! Dizia assim: “Olha! A gente não vai fazer o que é ilegal, mas o que é legal, nós vamos fazer!” “E o CRM não vai ditar o que é política dentro da Secretaria...” Entendeu? “Então, quem decide somos nós!” Né?! Tinha uma... A subsecretaria de... de assistência à saúde era muito boa, né?! A Doutora Tânia. E aí, ela falou: “Não. Nós vamos fazer! Não... Não tá dentro do que tá previsto sob o ponto de vista legal da atribuição do enfermeiro?” “Então, vai fazer!” “Tá dentro do que a política prevê? Então, vai fazer!” “O CRM não vai ditar isso!” Mas eles pautavam a Secretaria também! Né?! E a gente teve várias reuniões! Lidiane – DF.

Se por um lado, reconhece-se que a SES “é pautada” pelo CRMDF, de outro coloca-se, paradoxalmente, a necessidade de seu posicionamento frente ao órgão, para reafirmar sua autoridade. No meio desse processo ainda houve episódios protagonizados na mídia, por exemplo, uma reportagem em que a CPSS era praticamente “acusada” de que lá teria nascido um bebê com hipóxia, associando isso a assistência com enfermeiras.

Com a denúncia realizada no Ministério Público, que, segundo as entrevistadas, alegava questões como a ilegalidade da assistência com enfermeiras, a inadequação do espaço físico e do “instrumental” da casa, houve uma incisiva tentativa de fechamento da CPSS pelo MP, que “comprou” a versão do CRMDF, sem conhecer a legislação que protegia a CP e a atuação da enfermagem obstétrica. Com isso, foi convocada uma audiência pública e uma série de mobilizações aconteceram em prol da CPSS e seu “novo modelo”. O Conselho de Saúde de SS mobilizou a população, realizou manifestações e conta-se que delas participaram vários atores, COREN, ABEN, Sindicato, representantes da UnB, da FEPECS e personalidades como a

deputada Eryka Kokay, que aparece em um dos registros incluídos de uma dessas manifestações, abaixo (Figuras 19 e 20). A mobilização social é considerada muito importante pelas entrevistadas e parece ter sido fundamental para haver um diálogo entre a população e a nova direção de enfermagem da CPSS. A população, representada na figura do Conselho de Saúde de SS é visto como determinante na permanência da casa.

Figura 19 – Vista de manifestação na entrada da CPSS, em 2010



Fonte: Disponível em: <http://www.erikakokay.com.br/galeria.php?pagina=123>, acesso em janeiro de 2013

Figura 20 – Vista de manifestação na entrada da CPSS, presença da Deputada Érica Kokay



Fonte: Disponível em: <http://www.erikakokay.com.br/galeria.php?pagina=123>, acesso em janeiro de 2013

A audiência no MP é colocada por algumas participantes, que acompanharam mais de perto esse processo (nem todos corpo que hoje compõem a CPSS já estava incorporado ao quadro) como uma espécie de virada do jogo, um contra-ataque certo. Primeiro, pela praticamente inquestionável argumentação em torno da legalidade, da qualidade e das “evidências científicas” que baseavam o trabalho desempenhado na casa, segundo seus defensores e simpatizantes. E, em segundo lugar, pelo conteúdo “afetivo” que toda questão em torno da casa pode suscitar. Os dois trechos de falas de entrevistadas abaixo, representam essa leitura:

“Porque, na realidade, o que acontecia era justamente o contrário do que os médicos pregavam: a ignorância era médica, e não da enfermagem, né? Foi isso! Ai, depois desse

parecer favorável, o CFM ficou mais tranquilo... Com isso tudo! Mas, foi uma luta!” Júlia – DF

“Se eu tivesse lhe conhecido, eu tinha parido com você. Porque eu tive quatro cesárias, e não o porquê.” Adriana – DF

A segunda fala é uma reprodução da fala da promotora que presidiu a audiência no MP e expressa o sentimento de conquista da enfermeira que a reproduziu. Esse teria sido o pensamento expressado pela promotora, em lágrimas, após ouvir a argumentação dos defensores da CPSS. Em outro depoimento, inclusive, é afirmado que a mesma pediu desculpas à população pelo equívoco cometido, pois a casa chegou a receber um mandato de para fechamento. Com isso, a casa obteve a anuência para prosseguir seus trabalhos, após uma forte mobilização comunitária. Entretanto, esse não foi o fim dos conflitos que continuaram e continuam de forma mais ou menos explícita no relacionamento entre as enfermeiras obstétricas e os pediatras da casa, principalmente.

5.3 – Uma história da CPR

Apesar de a CPR ter sido inaugurada no ano de 2004, seu aparecimento faz parte de uma longa história que entrelaça iniciativas públicas, pessoais e o contexto sociocultural maior em que se vivia, desde a década de 1980. No contexto maior, já havia iniciativas e a discussão em torno dos péssimos indicadores perinatais brasileiros e em prol do parto humanizado, como visto nos capítulos anteriores, pautadas inclusive pela ação de organismos internacionais. Também começavam a ocorrer as primeiras mobilizações e encontros nacionais em torno do tema e surgiam organizações e movimentos – a discussão também ocorria no movimento feminista. Assim, em alguns estados, foram estabelecendo-se grupos de profissionais que buscavam implantar discussões, iniciativas e mudanças na assistência obstétrica.

No RJ, aproximadamente em 1988, houve a proposta de transformar o Hospital Maternidade Municipal Fernando Magalhães em uma maternidade voltada para assistência de “alto risco”, o que, pra a época, era uma ação inovadora. Com isso,

a chefe da enfermagem no momento, aceita o desafio, mas exige uma contrapartida: espaço para o projeto de atuação de enfermeiras obstétricas na “sala de parto”.

“(...) em 88, é...tinha um movimento de perinatologia, que era muito forte no Rio de Janeiro, eles tinham as discussões perinatais e aí, teve o interesse em criar a maternidade como alto risco pra gestante, que era uma coisa nova, a gestante ficava misturada com puérperas né, não tinha esse olhar do risco, e... na época a chefe de enfermagem, (...) veio a proposta de transformar a Fernandes Magalhães em alto risco ela, como contrapartida, ela falou, tudo bem então a gente organiza o alto risco mas você me dá a sala de parto com enfermeiros obstetras, né, que ela tinha um projeto. E aí começou, né, a história do projeto de enfermeiros na sala de parto.” Helena – RJ

Ao passo que a ideia de “classificação de risco” se estabelecia, com maternidades colocadas como “referências” para esse tipo de atendimento, também buscava-se um tratamento diferenciado, humanizado, para as parturientes de “baixo risco”, o que parece ter sido capitaneado por iniciativas de enfermeiras obstétricas, como no depoimento acima, iniciativas negociadas no âmbito da gestão da assistência (institucional e político). Um primeiro ponto era permitir e fortalecer a atuação das mesmas no acompanhamento das parturientes nas maternidades e, um segundo ponto, era introduzir práticas diferenciadas (práticas preconizadas pela humanização) nas rotinas institucionais. Essas transições se refletiram tanto nas trajetórias institucionais, quando nas trajetórias de vida das profissionais. Havia um fazer identificado como “tradicional”, marcado pelas práticas hegemônicas, medicalizadas, inadequadas, violentas, colocadas como vivências coletivas desagradáveis, frente a um “novo fazer” emergente, um fazer humanizado, representados como dois mundos diferentes, no coletivo e na vivência pessoal. Uma experiência muito importante para o município nesse sentido, trazida por várias entrevistadas foi a da Maternidade Municipal Leila Diniz, cujo próprio nome evoca o potencial desafiador em relação a uma mudança de mentalidade na obstetrícia local, que inicia suas atividades em 1990 com um projeto piloto, encampado pela prefeitura do município, de enfermeiras atuando na sala de parto. A “Leila Diniz”, como é referida, trabalhava com iniciativas de permissão de acompanhante, parto vertical, realização de menos episiotomia, menos partos com indução sintética, enfim, uma “tecnologia menos invasiva” aliada as práticas de relaxamento.

“Só que assim, a gente aprendeu a fazer daquela forma, né, tradicional como todo mundo né, aprendeu naquela época. E aí chegou uma época que aquilo tava incomodando muito, aquilo..., eu não percebia como violência, mas, porque ainda não tinha essa reflexão que a gente tem hoje em dia, mas aquilo incomodava...a forma como a gente assistia, né, o fato de todo mundo ter soro, as agressões verbais que a gente vivia ali, junto com as mulheres, né, a gente acabava vivendo aquilo junto com elas...E...comecei até a ficar um pouco desanimada...Só que nessa época também, começou a discussão sobre humanização do parto, sobre mudança de modelo, né, a Leila Diniz já existia, no Rio, mas assim...era como se fossem dois mundos diferentes, Fernando Magalhães, alto risco e com assistência ao parto, e Leila Diniz, que era uma possibilidade diferente, né, de assistir essa mulher. E eram dois universos diferentes”. Helena – RJ

Antonia Angulo-Tuesta et al (2003) localiza como marco o ano de 1993, como período de início da implantação da atuação da enfermagem no pré-parto e parto e outras práticas (destacando intervenções mínimas, acompanhantes, equipes integradas) pela SMS-RJ. Uma movimentação também ocorria na classe da enfermagem, com a revitalização e fortalecimento de suas entidades, como a ABENFO, que passou a organizar encontros locais e nacionais. Assim, as novas práticas, “humanizadas”, estavam sendo divulgadas também nos âmbitos das entidades de classe e no acadêmico. Entretanto, no mesmo passo que as iniciativas de assistência com enfermeiras e modificações das práticas obtinham “sucesso”, com geração de bons indicadores perinatais, satisfação para os profissionais e para mulheres, os interiores das maternidades eram recheados de conflitos entre aqueles que introduziam as mudanças (enfermeiras obstétricas) e aqueles que representavam o modelo hegemônico, tradicional (médicos obstetras)¹⁴⁶. A necessidade de “trabalhar os resultados”, ou seja, fazer com que aparecessem, comprovando-os, marcou a fala de uma entrevistada sobre sua atuação na Leila Diniz.:

“Eu computava esses resultados junto com ela né e meu marido também, ele que fazia os...na verdade, estatísticas, e a gente sempre projetava isso. Criamos um caderno de parto lá, porque a gente queria dar visibilidade aos nossos resultados. Então a gente tinha que criar a estratégia de mostrar os resultados... não somente estar na assistência, fazer o diferente, mas

¹⁴⁶ É importante qualificar esse “tradicional” que foi referenciado. Esse “tradicional” não diz respeito ao adjetivo frequentemente positivado e associado à práticas antigas, empíricas e benéficas das parteiras, muitas vezes, justamente nominadas “parteiras tradicionais”. Ao contrário, o “tradicional”, referido muitas vezes pelas enfermeiras obstétricas ouvidas nessa pesquisa era um adjetivo negativo, atribuído à prática hegemônica, protagonizada pela classe médica e considerada, ademais, inadequada e ultrapassada.

a gente tinha que mostrar esses resultados. E a gente então idealizou isso. Né, idealizou criar um caderno de partos, que ele foi patenteado pelo grupo da Leila Diniz, depois a gente a partir desses resultados, a gente pegou assim, digamos assim, alguns pontos que na verdade né, dariam visibilidade, e esses resultados a gente documentou e a gente apresentou isso.”
Aída – RJ

Esse trabalho estratégico contribuía para dar visibilidade ao trabalho das enfermeiras obstétricas, mesmo com a presença intensiva de conflitos. A forma pela qual os conflitos coletivos adentram as relações pessoais, é enunciada por várias profissionais e se repete a cada momento de transição em que a política municipal e as instituições implicadas introduziam mudanças. Os conflitos se manifestavam desde a contestações verbais, a agressões verbais e físicas, boicotes ao estabelecimento de espaços, aos novos materiais de uso. Uma enfermeira relata sua experiência e como o estopim para uma reação da classe médica na instituição (a presença de uma banheira), foi também um estopim pessoal para sair daquele cenário, pois pediu remoção desse setor de trabalho (para auxiliar na já eminente inauguração da CPR):

“(...) eu já tava vivendo muitos conflitos nessa maternidade, assim, de conflitos de... de quase chegar a empurrões, de...uma falta de respeito e você acaba não aceitando determinadas coisas e acaba aquilo também virando um trem na ladeira pra você e pra o outro lado, ele se sentiu agredido, eu me senti agredida, né... Mas a gente continuava. Tinha uma bolsa, que a gente chamava “bolsa do plantão”, que ia na mala do carro. (...), porque a gente não podia ter lá, que furava tudo. Bola, massageadores, tinha até um cestinho aqueles de três níveis, que a gente montava lá na hora, aqueles de plástico que você pode montar, pra colocar incenso, e a gente carregava aquilo tudo, som, banquinho, pra sentar, pra assistir a mulher em outras posições, tinha que carregar, se deixasse, sumia. A gente tentava criar um espaço lá né, mas tudo sumia. Tudo, tudo se acabava. E aí a gente foi, foi, foi, até que a gente resolveu botar uma banheira também nessa bolsa. E aí a gente começou a levar a banheira, e enchia a banheira, né, pra aquelas mulheres que queriam relaxar... e até um dia que eles acharam que a gente ia acompanhar esse parto na banheira, né, lá. Então... gente, foi uma loucura. Até que a direção, divisão médica, proibiu de usar qualquer dessas coisas.” *Helena – RJ*

Após as experiências consideradas bem sucedidas pelo município nas Maternidades Fernando Magalhães e Leila Diniz, a prefeitura do Rio iniciou um projeto de expansão das iniciativas para as demais maternidades municipais o que, de fato, como referida por uma entrevistada, ocorreu nas Maternidades Alexandre Fleming e Herculano Pinheiro. Após um concurso público, houve o oferecimento da

realização da habilitação em obstetrícia, e um processo de treinamento para as enfermeiras que, mesmo sem habilitação ou especialização em obstetrícia, topassem participar. Muitas entrevistadas lembraram desse momento, descrevendo em detalhes a reunião onde houve apresentação da proposta aos candidatos aprovados, como um encontro com seus desejos e expectativas de trabalhar efetivamente na obstetrícia, outras como o vislumbre de uma possibilidade interessante de maior autonomia no trabalho. O grupo reunido após o concurso público foi distribuído nas duas novas maternidades que aderiram ao projeto e em equipes de PSF (para atuar no pré-natal), após cerca de três meses de treinamentos, sensibilizações, dinâmicas, sendo que as enfermeiras atuavam em duplas, nos plantões.. Segundo uma entrevistada, quando o projeto de enfermeiras atuando em sala de parto foi posto em prática, já havia em mente para os gestores municipais, a criação de Casas de Parto. Assim,

“(Depois de três meses (...)) fomos pra unidade, efetivamente brigar, pra montar um serviço, a gente foi montar um serviço que não existia, de sala de parto. Miriam – RJ

A mesma entrevistada relata seu primeiro plantão ressaltando como a iniciativa gerou muitos conflitos com a classe médica que se manifestava, sobretudo, sobre a assistência ao parto, um momento bastante emblemático.

“Ainda num modelo mecanicista, mas já com alguma noção, levei, pra sala. E aí o chefe de equipe, né, na época o Doutor João, entrou na sala de parto, queria que eu sáisse da sala de parto, que não era pra mim assistir o parto. E eu falei que eu ia assistir aquele parto, que já tava paramentada, já tinha feito vínculo com a mulher, que eu não ia sair. Ele ficou do meu lado, como um escudo, falando no meu ouvido, aí ele falou que eu ia sair e eu falei pra ele você não vai botar a mão ni mim, que se você botar a mão ni mim a gente vai sair daqui direto pra delegacia, como agressão. E ele bufando. E eu rezando, o tempo inteiro, pra que tudo desse certo. E a mulher na mesa. Mas eu, muito tranquila. Em nenhum momento alterei meu tom de voz, alguma coisa...E ele, gritando. Aí ele falou que ele ia escrever no livro dele. E eu falei pra ele, bom, se é por falta de caneta e carimbo...você anota no teu livro, que eu também tenho caneta e carimbo, vou escrever no meu. Agora, eu não tenho culpa se a direção da casa, (...), me informou que a partir dessa data você teria enfermeiras obstétricas em todos os plantões. (...) Então, a iniciativa foi de briga mesmo, durante algum tempo a gente teve que brigar muito. Mostrar que sabia fazer e porque sabia fazer. E com o tempo, lá na A. Fleming, os conflitos começaram a diminuir.”. Miriam – RJ

Além desses embates diretos, havia muitos desconfortos de médicos obstetras e pediatras/neonatologistas com as novas práticas que geravam novas rotinas de trabalho. Assim, por exemplo, os pediatras se sentiam incomodados com o contato imediato do bebê com a mãe, mesmo que nascessem bem, sem necessidade de primeiros cuidados especiais, e os ginecologistas estranhavam o acompanhamento das enfermeiras que incluía caminhar junto com a parturiente, deixá-la no chuveiro, não realizar episiotomia, por exemplo.

A partir desses relatos apreende-se que as diferentes práticas, inovadoras para o território da maternidade, estavam ligadas à mudanças na forma de exercer, atuar com o conhecimento autoritativo, por sua vez, impactando no espaço, primeiramente, por nele se manifestar, e, em segundo lugar, por desafiar as hierarquias estabelecidas, uma vez que ao instaurar novas legitimidades, cria-se novos espaços simbólicos, em que aquele que não possui legitimidade não pode atuar, controlar e afirmar seu conhecimento autoritativo. Esse processo instaura os conflitos. Não obstante, possivelmente, evitar conflitos localizados, pontuais, de alguma maneira, pode ser um potencializador da conflitualidade difusa e mais profundamente instaurada: ao (re)criar espaços simbólicos do conhecimento, afirma-se a integridade do grupo que pretende-se afirmar e, na medida em que esse grupo permanece e cresce, as práticas, que a princípio eram invisíveis, ganham espaço, gerando uma nova necessidade de distribuição, fragmentação.

A única maneira de manter as hierarquias, sem mudanças, nesse sentido, é por meio da expulsão do novo, para um espaço autônomo. Isso se manifesta no relato, como parte da vida e das escolhas pessoais das profissionais que contaram, em muitos momentos, suas insatisfações nas maternidades, a impossibilidade de atuar nesse espaço e a CP como espaço ideal (*“um grande sonho, do grupo que veio.”* – Francisca, RJ). Assim, possivelmente a ideia de implantação de CP, que já havia no âmbito da gestão do município, ganhou força na experiência de enfermeiras obstétricas vivenciando a prática do partejar. A criação de CP, ganhou sentido então, enquanto um espaço legítimo para atuação da enfermagem obstétrica, sendo reforçado pelas experiências locais e nacionais (como as citadas CP de Sapopemba e do Hospital Sofia Feldman) e o apoio do MS, que havia lançado a ideia pela Portaria 985/1999. Outra iniciativa de influência foi a ida de enfermeiras obstétricas brasileiras para treinamento junto a obstetristas que atuavam em CP no Japão (convênio MS/JICA), visto como uma oportunidade de “ver que é possível” (papel de

experiência inspiradora que hoje seria cumprido pela própria CPR no cenário nacional):

“Aí depois essa participação né, na própria Fernando, e depois na Leila Diniz, depois surge essa oportunidade né do Japão, que também foi, gente, um divisor de águas. Chegar num país super desenvolvido e você ir aprender o natural né...o respeito à fisiologia, o respeito à mulher, foi muito interessante. Quando eu volto, digo, gente, tudo que eu to tentando fazer na Leila, é possível! Né, no Japão...e aí vir com essa proposta, então assim, é a minha casa isso aqui. É a minha casa, no sentido de que poxa, olha, a gente construiu, é possível e a gente se orgulha disso. E hoje, estarmos lá também, ajudando o Ministério da Saúde, no sentido assim: ó... “isso é real”, dá conta que isso pode acontecer.” Mara – RJ

A SMS-Rio lança então uma seleção interna, apenas para enfermeiras obstétricas já concursadas do município para formar o grupo que atuaria na CP projetada. O processo seletivo é um ponto bastante enfatizado nas falas das profissionais da CPR, como um processo legítimo, rigoroso e complexo, envolvendo análise de currículos, entrevistas, psicodramas e provas, com exigência de cinco anos de atuação efetiva na obstetrícia. A escolha do bairro de Realengo como local para a experiência pioneira se explica em razão de critérios epidemiológicos, pela grande presença de mulheres em idade fértil e o “vazio sanitário” (EO22RJ), já que nenhuma unidade municipal para gestantes estava ali estabelecida. Havia um grupo idealizador, constituído por pessoas que integravam a gestão municipal (incluindo Marcos Dias, que viria depois a ser cassado pelo CREMERJ) e que estavam à frente (nas chefias) das mudanças nas maternidades e um grupo que topou participar do projeto, as enfermeiras selecionadas. Uma entrevistada lembrou que haviam outras CP previstas para o município, como relatam documentos do MS (Brasil 2005; 2004; 2004b; 2004c) e, nesse sentido, outra profissional coloca a iniciativa como:

“Projeto piloto que teria que dar certo, risos. Que, se não, se esse projeto piloto não desse certo, não teria a possibilidade de haver outros.” Francisca – RJ

Assim, o projeto piloto vai ganhando corpo enquanto é finalizada a construção da casa, pelo processo de seleção e preparação dos profissionais que começam coletivamente a construir as rotinas da CP, descritas no seu “protocolo”. Também foi fundamental o estabelecimento de uma relação com a comunidade local que ocorreu

com um trabalho junto às lideranças, principalmente. O início foi relatado por várias entrevistadas como um processo difícil em relação à aceitação e confiabilidade. Havia desconfiança pelo fato da casa ter apenas enfermeiras e, nesse sentido as entrevistadas enxergam uma necessidade de “desconstrução” cultural relacionada a uma mudança de modelo e/ou paradigma, bastante difícil nesse país com altíssimo índice de cesáreas.

Antes mesmo da inauguração da CPR há uma tentativa de embargo de sua abertura pelo CREMERJ, que impetra uma ação junto a Vara de Infância e Juventude do Ministério Público do Estado do RJ. Com isso, é convocada uma audiência pública em que ambas partes deveriam apresentar sua argumentação. Há, nesse sentido, uma grande mobilização na cidade do RJ. As entrevistadas relatam que dela participaram muitos profissionais entre enfermeiras obstétricas, doulas, médicos simpatizantes, mulheres da comunidade de Realengo, profissionais de outras CP do país, a atriz Kássia Kiss. De outro lado, os representantes do CREMERJ e seus advogados. O movimento pró humanização se fez presente, com vários atores. Esse grande grupo, tinha uma grande identificação visual e, ao mesmo tempo, simbólica, com as mulheres. As vestes parecidas eram símbolo de uma proximidade, como relatado abaixo:

“E aí começou a chegar gente, chegava gente, chegava gente, né, as pessoas que trabalhavam pela humanização do parto, né, da REHUNA, a Fadyinha, o grupo que trabalhava com a questão da assistência ao parto de forma diferente, as mulheres que tinham sido atendidas pelas enfermeiras na Leila Diniz, que se conseguia contato, as enfermeiras, todo mundo, cada grupo fez uma camisa, então, começou a chegar...primeiro aqueles caras né, do CREMERJ, cheio de ternos, engravatados, né, os advogados, né, que eles foram cheio de advogados, um monte de médicos, cheio de advogados, essa Márcia Rosa, que tá no CREMERJ até hoje, era presidente do CREMERJ na época, você vê como a coisa não muda né... É uma, como se fosse uma meia dúzia de pessoas que continuam... é, e assim, e só chegava a gente, as mulheres, igual a gente anda, calça jeans, blusa, e blusas com slogans, faixas, e só chegando mulher, e só chegando mulheres e aquilo foi incomodando, eles foram ficando meio que desesperados, eles não entendiam o que que era aquilo, e antes da casa abrir, a gente veio na área, junto com a coordenação de área, né...e, conhecer as associações de moradores, a gente começou a falar o que que ia ser a casa de parto. E aí começamos a fazer algumas parcerias com associações.” Helena – RJ

Depois da audiência, os promotores foram conhecer a CP e experiências de outras maternidades, o que também teria impactado positivamente na opinião dos mesmos, pois puderam comparar a assistência de duas maternidades já com princípios de humanização, mas iniciativas limitadas, e o ambiente da CP. O parecer final é favorável a CPR mas, nos dizeres de uma entrevistada “Foi a primeira derrota, né, do CREMERJ”, que estaria “engasgado até hoje.” (Helena – RJ). Nesse sentido, o conflito continuou e o órgão médico tentou acionar judicialmente a casa ao menos mais duas vezes, sendo que na última teria recebido um ultimato, pois o mérito da questão já havia sido julgado e teriam de pagar um multa caso insistissem nos procedimentos judiciais.

O fechamento da casa era uma missão em que o CREMERJ estava empenhado. As entrevistadas enunciam que, quando esgotaram-se as possibilidades judiciais via Ministério Público, tentaram onde havia a inserção de médicos com a mesma visão, por exemplo, via Vigilância Sanitária estadual, por meio de articulações políticas e alianças. Após uma visita de rotina da Vigilância estadual, a casa foi, em junho de 2009, interditada. Entretanto, haviam várias incoerências na ação da vigilância: o laudo da vistoria, necessário para justificar a interdição, não havia sido liberado imediatamente, os parâmetros utilizados para indicar a não-acordância não eram os adequados (não seguiam a Portaria 985 e a RDC n 36), não eram indicadas metas a serem cumpridas e, por fim, tratava-se de uma unidade estadual atuando numa unidade municipal. Os itens elencados diziam respeito a lavanderia e a central de esterilização. As entrevistadas relataram várias reações que ocorreram após a interdição, em uma nova grande mobilização social:

“A vigilância não deu metas a serem cumpridas, mudanças a serem feitas, ela achou que este ambiente não era adequado. Simplesmente fechou. Claro que a gente sabia que isso aí tinha um poder muito grande de outras pessoas, acima da gente. E aí, ela liga pra nós e diz tem que parar o atendimento agora porque a casa tá fechada oficialmente. E aí a gente, claro, acata a ordem, não tinha como a gente ir contra, não era nesse momento a melhor forma de se resolver isso. Só que isso era nove horas da manhã, duas horas da tarde a gente tava na porta da prefeitura, com uma faixa imensa, e uma galera enorme já, fazendo um movimento, querendo uma explicação, porque que o estado, vem fechar uma unidade municipal. Como é que isso acontece e o município não se coloca nessa situação.” Laura – RJ

Casualmente, o então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, encontrava-se na cidade e as representantes da CPR conseguiram, após estender faixas com dizeres no local onde o Ministro teria uma reunião, um breve encontro com o mesmo. Obtendo o apoio do MS, as enfermeiras e outras pessoas do movimento do PH, ainda organizaram abaixo-assinados, incentivaram reclamações nas ouvidorias competentes e organizaram uma passeata na zona sul da cidade. Alguns imagens dessas manifestações podem ser vistas abaixo (Figuras 21 a 25), mostrando a participação de mulheres, profissionais e famílias. Os momentos são retratados como momentos de coesão para o grupo e todo o processo é visto com um saldo positivo, sendo que a partir de então, a CPR começou a ser considerada um centro de formação:

“O que que ficou claro: a casa tava invisível entre aspas. Porque ela tava visível pro mundo né. Visível, nos resultados, a gente sempre teve dados muito positivos, né, os indicadores muito positivos. E isso foi...questionado. E aí começaram a pressionar e aí começou um jogo de empurra...veio a liminar pra reabrir a casa, né que o João conseguiu, e aí veio aquela coisa, quem tem a liminar tem que ser, é o Estado que tem que reabrir e não o município e ficou aquele jogo de empurra, o secretário dizendo uma coisa, o nosso secretário dizendo outra, que no final falou “Quer saber, abre. Abre, porque existe uma liminar mandando abrir. Se é pro estado ou município, não interessa, o que interessa é que a casa tá fechada e tem uma liminar pra abrir.”. E aí a casa conseguiu ser reaberta, com dez dias. Mas foram dez dias que mudaram a história. Porque a gente conseguiu que a casa ficasse...conhecida, de fato, pra secretaria, e que assim...tinha que ter um olhar diferente pra casa. Como as universidades todas também se colocaram, o próprio André falou, a CP, ela é um lugar de formação. Então, ela tem que ser olhada de uma forma diferente.” Helena – RJ

Figura 21 – Manifestação pela CPR, em frente a órgão público



Fonte: Disponível em: <http://coletivomariamaria.blogspot.com.br/2009/07/em-defesa-das-casas-de-parto.html>, acesso em janeiro de 2013

Figura 22 – Manifestação pela CPR, passeata na zona sul



Fonte: Disponível em: <http://coletivomariamaria.blogspot.com.br/2009/07/em-defesa-das-casas-de-parto.html>, acesso em janeiro de 2013

Figura 23 – Manifestação pela CPR, passeata na zona sul, participação de famílias



Fonte: Disponível em: <http://coletivomariamaria.blogspot.com.br/2009/07/em-defesa-das-casas-de-parto.html>, acesso em janeiro de 2013

Figura 24 – Manifestação pela CPR, passeata na zona sul, roda de capoeira com mulheres



Fonte: Disponível em: <http://futurodopresente.com.br/blog/index.php/tag/casa-de-parto-rj/>, acesso em janeiro de 2013

Figura 25 – Manifestação pela CPR, passeata na zona sul, faixas



Fonte: Disponível em: <http://mamamiaamamentar.wordpress.com/2009/06/22/centenas-de-pessoas-participaram-da-caminhada-“pelo-parto-normal-e-o-direito-de-informacao-e-de-escolha”/>, acesso em janeiro de 2013

A CPR vivia até então uma espécie de estado de “invisibilidade condicional”, como posição oficial da SMS, frente às polêmicas. Porém como colocado no depoimento, a casa estava muito viva para quem a estava vivendo: os profissionais, empenhados na produção de um resultado positivo, as mulheres e envolvidos com a produção do “novo modelo” de assistência obstétrica. Além disso, havia a favorabilidade da posição oficial, de governo, de instâncias superiores, particularmente, o MS, que inclusive enviou representantes para participar de reunião sobre o embargo da casa, com posicionamento favorável a reabertura. No fim das contas, a “luta”, apesar de ter pego a CP de surpresa, deixou muitos espólios positivos: o conhecimento e reconhecimento com a exposição na mídia, a reafirmação da posição oficial do governo, a transição da casa, representando um amadurecimento, para um local de ensino, a união do grupo. A casa reabriu fortalecida, reconhecida como uma instituição de ensino.

Entre outras manifestações do conflito ainda, o CREMERJ teria plantado notícias mentirosas sobre a casa em jornais – por exemplo, que corpos de bebês mortos eram jogados no córrego em frente a CPR ou que eram levados ao Hospital

Estadual Albert Schweitzer – tendo perdido inclusive, em razão disso, uma ação na justiça movida pela ABEN/COREN. Houve também a cassação do registro do médico Marcos Dias, tido como um caso de perseguição profissional. É relatado que durante a audiência da primeira tentativa de embargo de abertura da CRP, a representante do CREMERJ se exaltou após a fala do mesmo em prol da assistência obstétrica por enfermeiras.

Em se tratando de dois contextos socioculturais bastante diferenciados, e duas instituições com trajetórias também diferenciadas, muitas distinções se colocam entre a CPSS e a CPR, sendo importante ressaltar algumas delas, pois implicam em questões que serão trabalhadas mais a frente.

Um primeiro aspecto é o temporal. A CPSS foi inaugurada primeiro, mas somente muitos anos depois a casa assume o modelo “preconizado”, com atuação de enfermeiras obstétricas. Nesse sentido, a CPR possui um tempo de trabalho muito maior, de cerca de nove anos em relação aos quatro anos da CPSS. Certamente, a transição institucional que marca a CPSS é profunda, envolvendo múltiplos aspectos: a composição das equipes, as práticas, a compreensão sobre elas e, mesmo, aspectos da ambiência, todas essas manifestando-se nos aspectos simbólicos. As falas das profissionais, nesse sentido, refletem uma menor homogeneidade, em relação as falas das profissionais da CPR, que possuem um trabalho de constituição do coletivo, de forma bem intensiva, sendo essa ideia frequentemente reforçada.

A própria forma de surgimento das casas as diferencia. A CPR parece ter surgido de uma idealização fortemente baseada em dois grupos, um grupo institucional da gestão local (SMS-RJ) e um grupo de profissionais engajadas na mudança do modelo obstétrico, com experiências institucionais anteriores nesse sentido e outros elementos qualificadores, como a realização de intercâmbio profissional no Japão, iniciativas de mobilização, iniciativas no campo da educação superior. No DF, o contexto parece ter sido bem diferenciado. A CPSS surge da decisão da gestão local, bastante personalizada na figura de um médico influente, o que por si só, já imprime uma marca fundamental: a presença, atuação e gestão de médicos gineco-obstetras. Somente a partir de problemas que, aparentemente, de outra forma não teriam solução, decide-se pela mudança de modelo da CPSS, sustentada pela coordenação médica da instituição. Como expressa uma profissional:

“E ela [a diretora] que... que colocou essa ideia pra cá, né?! E acatou... Né?! Nós... É... Os enfermeiros acataram... Porque ela perguntou pra quem estava aqui, pra Lidiane: “Você acha que é possível a casa de parto funcionar apenas com enfermeiros obstetras?” E a Ana falou: “Sim!” “Desde que a gente descubra quem são e aonde estão!” Respondeu pra ela! Então, ela deu esse feedback, né?! Era interesse da Secretaria. A proposta não veio da gente pra eles! Veio deles pra gente! Entendeu?” Ana – DF

Nota-se, a decisão, novamente, é do grupo ligado a gestão da SES-DF, que se beneficia da existência de um grupo de enfermeiras obstétricas atuando no campo obstétrico local que, embora no contexto bastante limitado de um hospital específico (o HRAS) possuía experiência (variando de uma pequena a uma grande experiência de acordo com a profissional e sobretudo ligada ao treinamento em residência ou especialização), treinamento internacional (a primeira coordenadora da CPSS também havia participado do intercâmbio no Japão) e, sobretudo, vontade de “topar” o desafio colocado pela nova proposta. Esse é um grupo em média dois anos e meio mais jovem que o grupo de enfermeiras da CPR¹⁴⁷.

Embora o RJ seja uma cidade muito maior que Bsb e o DF, no Rio, no discurso das profissionais, outras maternidades e hospitais estão muito mais presentes. As profissionais parecem circular mais, conhecer outros locais, conhecer profissionais dessas outras instituições, parecendo configurar uma rede de pessoas e instituições bastante presente. Nessa rede, circulam sobretudo informações sobre casos de humanização e desumanização da assistência. No DF, não é comum a presença de outras maternidades no discurso, excetuando-se as maternidades de referência para transferências. Uma profissional da CPR comparou a casa a um polvo, no sentido de que sempre terão informações sobre uma mulher que lá é assistida, mesmo que deixe, por conta própria ou necessidade, de ser lá assistida.

Entretanto, também se colocam semelhanças no “alinhamento histórico” entre as duas casas. Em ambas um profissional médico que voluntariamente se engajou na assistência prestada por enfermeiras obstétricas nesses locais alternativos sofreu sanções por meio de ações movidas por colegas. No RJ o caso de cassação e posterior censura pública do obstetra Marcos Dias, que veio a público e no DF a representação contra a pediatra chefe da CPSS no CRM local.

¹⁴⁷ A média etária geral (excluindo-se os três outros entrevistados no DF) das participantes é de 37,8 anos. A média etária das participantes da CPR é de 39 anos e das participantes da CPSS é de 36,6 anos.

As mobilizações que se sucederam as tentativas de fechamento das CP também são aspectos que as aproximam, embora possam dizer respeito a processos comunitários fundamentalmente distintos, pelas especificidades locais e culturais. A CPR, no discurso que permeia a fala de suas profissionais, nesse sentido, atribui a si a identidade de uma CP “comunitária”, indicando que o lugar da comunidade ali está engajado no próprio território da Casa.

Outros aspectos que indicam semelhanças na história de ambas as casas estão, sobretudo, relacionado à múltiplas imbricações do conflito no cenário da assistência, que serão trabalhadas no próximo tópico.

5.4 – Múltiplas imbricações conflituais

A permanência dos conflitos faz parte da condição de existência das CP pois mesmo em períodos onde as CP não estão ameaçadas de fechamento, os conflitos se manifestam de outras maneiras, como, principalmente, durante a realização de transferências/remoções de mulheres e bebês recém-nascidos para hospitais onde precisam de atendimento médico e, no caso da CPSS, no trabalho compartilhado com pediatras. Muitas vezes, os profissionais se referem às tentativas de fechamento de forma incerta, o que é coerente com a permanente ameaça, que não se manifesta apenas por via judicial, mas também por meio de inserções na mídia, difamações nos jornais de classe, e outras, como se houvesse uma flutuação dos conflitos, ora se manifestando com mais força, ora com menor força:

“Eu acho que a gente vai ter sempre que lutar pelo fato da casa de parto ser... tá sendo... é... conduzida só por enfermeiros, a gente sempre vai ter que lutar um pouquinho, porque sempre vai ter um médico que não concorda. Mas a gente, por enquanto, tá vencendo! (risos)”.
Luciana – DF

“Mas as ameaças, já que você tá falando de ameaça, elas nunca deixaram de existir, né? Mas...porque falar que quer fechar, que não tem aplicabilidade, que não importa, que não é importante, que não ajuda a mulher, que é assistência pro negro, é, de comunidade, né, que não é uma coisa boa, que nós somos loucas, bruxas...isso aí, sempre falou. Eles falam de tudo. Até porque, os que falam disso, são os que querem que a gente fique trabalhando a noite

inteira lá pra eles, então...e eu sou da Flemming também né...Então assim, falar eles falam mesmo. As ameaças, a nuvem, ela nunca deixou, né...Claro assim, que tem momentos que a gente vive momentos mais tranquilos.” Tatiana – RJ

E aí, assim, o CREMERJ continuou, a Vigilância Sanitária continuou tentando, mas...é...não conseguiram mais embarrear nesse ponto. Mas eles tão sempre, né, aja vista essa resolução deles, que eles tão lá na mídia colocando. Eles tão sempre. Leandra – RJ

O segundo depoimento mostra como a questão conflitual não se dá a partir de um aspecto pontual que se coloca em determinado momento sobre uma CP, mas se estende a uma série de argumentos relacionados e que dizem respeito a múltiplos aspectos. No terceiro depoimento, há uma referência a uma resolução do CREMERJ (ver Capítulo 4), lançada no dia anterior em que a entrevista foi realizada. A enfermeira entrevistada toma essa resolução como um exemplo de que a classe médica mantém tentativas constantes de “conter” o movimento em prol da humanização que envolve entre outras questões, o parto com enfermeiras obstétricas, partos domiciliares, participação de acompanhantes e doulas.

Como colocado, a questão do conflito não é uma questão pontual na história e dinâmicas das CP desta pesquisa, mas uma dimensão que atravessa a existência dessas instituições como um todo, manifestando-se de múltiplas formas, nos níveis macro e micro e no pessoal e coletivo. No entrelaçamento de elementos da vida pessoal e aspectos da coletividade, um influencia a percepção do outro emprestando-lhe sentido. Na fala abaixo, por exemplo, uma enfermeira conta como “redescobre” na família, experiências de partos naturais e do partejar de parteiras:

“(...) e aí, aquilo, quando ela foi contar a história dela, aquilo bateu tão fundo em mim, que eu falei, ah não, realmente, é isso que eu quero. Que ela contava que os filhos...primeiro que a minha bisavó era parteira, na época, mais da metade da cidade tinha nascido pelas mãos da minha bisavó. A minha tia durante muito tempo foi parteira, mas ela falava que não, mas que as mulheres procuravam ela, que ela já tinha tido outros filhos né, procuravam ela pra parir. E a minha vó contou, que teve todos os filhos dela, em casa, claro, mas com meu avô segurando ela por trás, que tinha um caixotinho, em formato meia lua, que quando tava perto de nascer já ficava dentro do armário e que deitar “nem pensar”, ela ficava andando...e que quando sentia vontade de fazer força, aí aquele caixotinho tava lá, que meu avô segurava ela por trás...Então aquilo, nossa, foi tão profundo pra mim... eu falei, gente, a gente começando

a discutir uma forma diferente né, e assim... Na verdade, a minha vó teve a oportunidade de viver isso e isso foi afastado né, das mulheres, de uma forma... e o meu avô participou do nascimento dos filhos. (...) ela nunca foi no ginecologista, antes dela falecer, porque ela falava “Deus me livre”, homem olhar as partes dela, né, mas nunca teve nenhum problema e ela morreu com 93 anos. Tudo ela cuidava em casa. Ela morreu de velhice mesmo. Mas assim, aquilo me marcou muito. E aí eu falei não, realmente tem um outro caminho, que não é esse, né, que a gente vive dentro da maternidade.” Helena – RJ

As vivências do parto em casa e do parto natural com participação do companheiro, com a família, como expressão de saúde e o fato da avó ter sido uma mulher aparentemente bastante saudável, compõem um passado que foi “afastado” das mulheres e que cabe ser resgatado na sua prática enquanto enfermeira obstétrica. O que na sua atualidade começava a ser discutido, se encontra também no passado validado em experiências familiares. Esses elementos empíricos são encontrados no pano de fundo que vivia, formado por uma conjugação de várias “novidades”, eventos e movimentações em torno dos temas da assistência ao parto, humanização, parto natural, parto domiciliar, etc.

Foi comum nessa pesquisa encontrar na enunciação sobre si mesma, quando as entrevistadas deparavam-se com a necessidade de elaborar sobre sua trajetória, elementos discursivos sobre questões de gênero e geração por vezes não explícita ou aprofundada, mas presente, como quando uma entrevistada, quando inicia a falar sobre sua trajetória enuncia:

“Filha única em meio a 5 irmãos homens. Mãe doméstica. Pai analfabeto pedreiro. (...) Minha mãe muito submissa.” Miriam – RJ

Assim, novidades institucionais, elementos em torno do movimento de humanização de partos e nascimentos, enfim, as novidades circulando nesse mundo, se somaram a experiências e elementos muito pessoais no discurso das entrevistadas. Um aspecto interessante foram relatos espontâneos de como assistiram a seus primeiros partos, de forma relativamente “iniciática”: situações inesperadas, ausência de “recursos” e necessidade de improviso, como nos dois casos abaixo:

“Aí, então, foi a primeira vez que eu fiz um parto, né?! Fiz um parto domiciliar nessas condições. E aí, quando... É bem legal! E aí, eu... eu... É daquelas situações que você não tem como fugir: é você ou você mesmo!” Lidiane – DF

“(...) ainda como graduanda, eu fui ao Amazonas pelo projeto Rondon. Fui lá pra Parintins. Eu assisti o meu primeiro parto lá. Sem professor, sem nada. Eu e umas colegas, né porque o parto lá em Parintins era feito pelas parteiras. Nós não teríamos nenhuma oportunidade. O que aconteceu foi que quando a gente chegou em uma determinada comunidade ribeirinha, a parteira dali, ela tinha ido prum congresso, alguma coisa. E aí, no meio da noite, veio o marido, com outros homens, até o barco onde a gente tava, catando, porque sabia que o projeto Rondon tava lá. E aí a gente vai pra dentro da mata...foi uma aventura. Lembro que minhas pernas batiam lá na hora do parto. Não teve que fazer nada né, foi mais do que natural. Mas assim...foi, foi uma aventura.” Mara – RJ

Elementos que aparecem nos relatos acima e são resgatados como elementos que fazem um elo entre o passado e o presente e que devem fazer parte de uma assistência obstétrica ideal são parte, por outro lado, de alguns argumentos reativos à assistência obstétrica prestada por enfermeiras e em locais alternativos ao hospital, como elencado pelas participantes dessa pesquisa. É o que se expressa, por exemplo, na fala abaixo, reproduzida por uma enfermeira, que teria testemunhado esse comentário no contexto do início do “Projeto” de enfermeiras atuando na assistência ao parto no RJ:

“Quer fazer parto normal, vai pra Amazônia, tem serviço pra vocês, é só se pendurar no cipó. (...) isso foi o mínimo que o grupo de enfermeiros passou.”. Francisca – RJ

O parto mítico na selva amazônica é elencado como representativo da assistência de enfermeiras e evoca o “parto natural”, mas também pode estar associado a outros sentidos, o parto com parteira, a atenção exclusiva, a não intervenção. As enfermeiras reproduzem falas médicas que argumentam em torno dos riscos para mulheres e bebês, uma assistência prestada fora do hospital e sem o profissional médico. De outro lado, quando um outro profissional da saúde com habilitação para tal pretende assistir, isso é tido como exercício ilegal da medicina e não uma prática legítima em um domínio afim, porém com especificidades.

Entre os argumentos frequentemente lembrados pelas enfermeiras ainda se encontram a imprevisibilidade, o parto representado como uma caixinhas de

surpresas (“mas de repente pode virar aquela bomba” – Daniela – RJ), as tecnologias “leves” (termo pelo qual a enfermagem entende seu tipo de cuidado) como medicina de segunda classe, medicina e assistência para pobres, para mulheres do interior e que não podem pagar, assistência que não alcança produtividade. Alguns desses argumentos encontram referências nos depoimentos citados abaixo:

Tem esse relato do CRM achar que a gente tá fazendo... é... é... entra na área da Medicina. Coisa que não é verdade! A gente sabe que a própria legislação, ela dá esse respaldo para o enfermeiro obstetra, e a gente não tá... é... fazendo exercício ilegal da Medicina. Sem dúvida nenhuma! Todos nós somos extremamente politizados nesse aspecto. Fernando – DF

É. A gente teve... teve um parecer desfavorável do (...) CFM, né?! Que foi pro Ministério Público, porque eles achavam que o que a gente fazia era uma assistência barata e sem cientificidade, né?!... Que era uma coisa meio burra, né?! A gente recebeu um parecer que falava que esse tipo de assistência era pra acontecer no interior e pra mulheres que não podiam pagar, né? (risos) Então, chegou esse parecer no Ministério Público, teve audiências, foram representantes da casa de parto e a gente tentou colocar lá... O nosso ponto de vista, nosso ideal também... Mas mostrando sempre o passo a passo da segurança, da assistência, da cientificidade de tudo aquilo que era... que tava sendo feito... Júlia – DF

A história... é... é bem... é... é... tumultuada, né?! Assim, a aceitação por parte dos médicos... Não é... Não é... Não é boa, né?! A maioria não gosta da ideia, né?! Acham que não é seguro, né?! Nem pra... Nem pra nós, como profissionais, nem pra eles, nem pro paciente! Leticia – DF

Primeiro tenta não deixar abrir, entra com mandado de segurança. E depois, tenta derrubar né, no sentido de, “ah, não vai dar certo né, como é que vai dar certo uma casa que não tem um profissional médico, que não tem um centro cirúrgico, não tem laboratório”, e a gente vem há oito anos né já...né, nessa proposta, nessa vivência, hoje o modelo tá consolidado, claro, aqui né, não só agora no bairro né, foi Realengo, na época...é, saíram várias reportagens no jornal, dizendo que era em Realengo porque era pra pobre, pra preto, quer dizer, as minorias né...se morresse não faria diferença, e oito anos depois a gente tem mulheres né, de classe média, que tem plano de saúde, querendo vir pra casa...que não moram em Realengo, querendo vir justamente pela proposta né. Por que não conseguem vivenciar essa forma de nascer, né, no privado, vamos dizer assim. Mara – RJ

Grande parte desses argumentos, por vezes, são colocados no discurso dos profissionais em um grande “bolo”: a cultura. Tendo a perspectiva de que são as questões culturais que trazem a tona diferentes percepções, vivências e orientações sobre “como devem ocorrer” partos e nascimentos, os elementos argumentativos passam a ser justificados e compreendidos. Assim, compreende-se que os conflitos, embora polarizados e protagonizados com a classe médica, se estendem muitas vezes, a outros profissionais, inclusive da enfermagem, e às próprias mulheres, enfim, a sociedade como um todo.

“Eu acho que a grande dificuldade da casa de parto é cultural. Porque, cultural, ela passa pela cultura dos profissionais de saúde, não mais o médico...Porque eu não falei de outro conflito que existiu aqui, mas existiu um estranhamento muito grande dos próprios enfermeiros... Não os enfermeiros obstetras, mas é a categoria de Enfermagem: “No que que essas meninas estão se metendo?”, “O que que elas estão fazendo?”, né. Então, é cultural! Até pra Enfermagem, era estranho ver enfermeiros assumindo um serviço da maneira como a gente tava assumindo... Com a responsabilidade sendo nossa, né?!Então, é uma questão cultural! Porque quando elas falam isso, não é pra elas estarem pensando só na gente... é... nos enfermeiros obstetras, mas isso é um espaço do enfermeiro (...) Mas elas estranhavam! As enfermeiras estranhavam muito da nossa chegada nesse... é... nesse serviço, assim, né. E ficava olhando... E a categoria médica também, né: “Elas não podem! São loucas, né, como é que elas estão fazendo isso, né”, “Um bando de doida!” E, então, eu acho que a cultura profissional e cultura... é... do cidadão em si! Entendeu? Ainda existem pessoas que vão se sentir inseguras...Por serem assistidas por outro enfermeiro. Essa é a principal dificuldade, que é a cultural! Tanto que eu acho que é um desafio grande! Né?!” Leticia – DF

“(...) deixa de ter o aparato tecnológico, a hora marcada, você deixa de ter toda uma conduta que... facilita a vida. O parto normal não tem dia, não tem hora, não sabe quanto tempo vai levar pra acontecer... isso, quanto você começa a mostrar pra sociedade que tem mais vantagens, que é o melhor, pra todo mundo, pra mãe, pro bebê e pra família, eu acho que isso começa a desconstruir, ou pelo menos, pretende desconstruir um pouco, a questão da cesárea, e aí, como é que é eu agora, voltar...a ler a mão do parto normal, entendeu, como é isso... desestruturar toda uma vida que tava...então eu acho que às vezes, a questão não é nem a enfermeira, pela enfermeira, eu acho que tá até muito além disso, que está voltado para proposta, mesmo do parto natural. ” Laura – RJ

Na primeira fala, a enfermeira entrevistada enuncia a questão da cultura diretamente, enquanto que na segunda, embora a cultura não seja diretamente citada, a argumentação gira em torno de elementos que claramente compõem nossa cultura

contemporânea do parto e de parir: “aparato tecnológico”, a cesariana, a “hora marcada”. O primeiro trecho enuncia falas de outros atores, profissionais no cenário, sobre as práticas “inovadoras” das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto, estranhadas inclusive pelos próprios cidadãos. Com isso, como enunciado na segunda fala, o “conflito” com a proposta de assistência humanizada do parto tem o escopo alargado e descentrado da figura da enfermeira obstétrica. Outras falas incidem no ponto de que o enfrentamento com os profissionais médicos, muitas vezes, não é diretamente com a profissional enfermeira obstétrica, mas com o parto normal/natural, sendo o conflito originado da disputa entre os diferentes modelos de atuação. Nesse sentido, a não aceitação dos médicos às vezes não seria pelas profissionais, mas pelo parto normal. Em um contexto em que a cirurgia cesariana passou a ser a rotina então, “voltar” a realizar e assistir partos naturais, é como uma regressão, concebível apenas em uma situação mítica como o “parto amazônico”.

Portanto, apesar de ser claro que na prática da assistência obstétrica existe uma polarização entre as classes da medicina e da enfermagem, parece haver uma consciência crítica de que há divergências na própria classe, não estando o conflito apenas polarizado com os médicos. É o que se expressa claramente nos trechos de depoimentos abaixo:

“Eu acho que a grande dificuldade é a forma de atender né...porque é, é, é uma mudança na assistência muito grande, até pra os próprios profissionais de saúde. Muitos enfermeiros não concordam, quando a gente chega com uma remoção, não é o médico que...até alguns técnicos também, de enfermagem, não é só o profissional médico né...” Tatiana – RJ

“Primeiro a gente tinha que ganhar a confiança da equipe de enfermagem, que nunca tinha vislumbrado a questão da atuação do enfermeiro obstetra, dentro de uma sala de parto, né, acompanhando um trabalho de parto e acompanhando um parto. Começa tudo por aí. (...) ganhar a confiança dos próprios colegas de profissão. Depois a gente tinha que mostrar a que veio e pra que veio pros profissionais médicos.” Francisca – RJ

“Até as próprias unidades que eram parceiras tinham dificuldade em entender e aceitar esse novo projeto.” Laura – RJ

Tanto o início do projeto de inserção de enfermeiras obstétricas na assistência no RJ, quando o estabelecimento da CPR e a mudança de modelo da CPSS são lembrados e reforçados pelos profissionais como cenários muito difíceis, de “muita

luta”. Essas dificuldades se estendem a dilemas vividos com o poder local, a SMS-RJ e a SES-DF, aglutinados em torno de uma falta de compreensão com as especificidades do tralhado, uma falta de empenho em “fazer acontecer” as iniciativas e uma espécie de silenciamento institucional como forma de evitar conflitos e polêmicas com a classe médica. Situações de indiferença, boicote de material (materiais não fornecidos, não repostos, falta de manutenção de equipamentos), desvalorização, não priorização, são constantemente lembrados, como no trecho abaixo, que usa o exemplo da Bola de Bobath (utilizada como auxiliar para exercícios de balanço pélvico):

“(...) porque se trata a casa como se fosse todas as outras instituições, que prestam aquele tipo de cuidado... se tem uma bola pra usar, tudo bem, se não tem, não vai ter interferência, né, nas outras também não tem. Mas aqui se a gente não tiver uma bola, vai fazer muita diferença. E aí, se não tem, a gente compra. A gente se cotiza e compra.” Helena – RJ

Essas situações compunham o cenário de estabelecimento das CP, em que a multiplicidade e onipresença do conflito está posta. Além dessas, se colocaram, como na história das CP reconstruída dantes, as iniciativas de “ataque” mais pontuais e polarizadas com a classe médica, principalmente por vias judiciais (ações movidas via MP), institucionais (ações no interior das próprias instituições, nos conselhos profissionais, via vigilância sanitária) e midiáticas (difamação e uso de informações enganosas na mídia impressa, virtual e televisiva).

Entretanto, as iniciativas de acionamentos da justiça para fechamento das CP, que colocam em perspectiva acionamentos *a priori* ou supostamente legítimos entre o campo médico e o campo do direito são aquelas sobre as quais as profissionais se debruçam com maior ênfase. Um elemento importante dessa ênfase é a reação alcançada pela coletividade que representa a defesa da CP e seu modelo de atenção. Reação que, por sua vez, é responsável por uma espécie de “virada do jogo”.

“Só... que que aconteceu, era muita gente falando. As mulheres pegavam o microfone pra falar. Porque lá, não podia ser só a palavra deles. Que quando eles chamaram a audiência pública, eles foram escutados, mas também foram escutar outras pessoas. E aí, os promotores viram que não era exatamente como eles tinham colocado.” Helena – RJ

“Eles não tinham noção, da capacidade né, de mobilização da sociedade. E foi um movimento muito bonito, aqui no Rio, né, que teve um movimento local né, da comunidade local, mas também, fora. Teve a passeata na zona sul, então assim, em pouco tempo, em poucos dias, a situação foi revertida e reabriu a casa. Então ali ficou muito consolidado essa questão dos resultados da casa. Que aí o Ministério Público vem, a gente faz um dossiê, mostra os dados, os indicadores, então a casa não é um modismo, a casa não é só pra pobre né, a ponto de hoje a gente ser consultor do próprio Ministério da Saúde, em termos de resultado né. A casa foi ganhando corpo né, criando..., é..., não é criando, evidenciando resultados né. Tá muito interessante.” Mara – RJ

São identificados elementos que atestam que as iniciativas médicas “saíram pela culatra” ou que o feitiço atuou “contra o feiticeiro”, no primeiro trecho, a necessidade de ouvir as falas discordantes (de profissionais ou mulheres), no segundo trecho o fato de representantes da CPR serem consultoras do MS. No discurso das profissionais entrevistadas, vários elementos se somavam para compor uma dinâmica inesperada dos conflitos, com as viradas de jogo, diante das estratégias no “campo de batalha”, por exemplo, a capacidade inesperada de mobilização de simpatizantes (no caso da CPR) ou da comunidade (no caso da CPSS), o apoio das entidades de classe nem sempre afinizadas, entre outras. Os trechos abaixo ressaltam a força nas mobilizações. Ambos dizem respeito a CPR, mas o primeiro trecho resalta um aspecto interno de organização e o segundo um aspecto externo.

“Aí, abriu um gabinete de crise aqui, que a gente chama né, começamos... as mulheres vindo e a gente falando que não ia poder atender, porque o CREMERJ havia fechado, aí foi um...furdução. E aí, com isso, a gente brinca né, foi como se fosse uma constelação de ações né, que estavam envolvidas e que a gente conseguiu porque a gente conseguiu, no mesmo dia fomos pro conselho de enfermagem, é...conseguimos que juntasse sindicato, COREN, ABENFO, ABEN, todas as entidades que antes eram brigadas inclusive, mais os parlamentares né, (...)”Leandra – RJ

“Nem nós, que estamos aqui, a gente tinha ideia que tinha tanta força.” Laura – RJ

Entretanto, entre um e outro, o aspecto de organização interno e o externo existem várias conexões, na forma pela qual as profissionais se colocam ativamente. Por exemplo, foi colocado pelas profissionais da CPR que durante o embargo pela vigilância sanitária, fizeram questão de parar todas atividades da casa, para “sacudir

as mulheres” e que buscaram ativamente o apoio da comunidade coletando assinaturas nos abaixo-assinados e por meio de panfletam. Pelas profissionais da CPSS foi relatada a busca do embasamento legal e o diálogo com a comunidade que até então não estaria estabelecido.

Os capitais (Bourdieu, 2000; 1996), os “trunfos” e poderes que permitem a permanência das CP diante desse contexto de múltiplos conflitos giram em torno de vários elementos. Um dos principais, é a legalidade, a proteção que as normas técnico-políticas do MS conferem as CP, uma certa “imunidade federal”. Uma outra questão frequentemente ressaltada é uma certa “perícia técnica”, um atestado da qualidade da assistência prestada que os indicadores e resultados quantitativos e qualitativos indicam corroborando e corroborados pelas “evidências científicas” e/ou as chamadas “boas práticas”. Nesse sentido o fato de uma casa como a CPR transformar-se em centro de ensino é tido como significativo. O potencial transformador de uma experiência de assistência a gestação e parto de forma empoderada também é ressaltada. Trata-se da influência que as experiências de gestar e parir podem ter sobre aspectos mais gerais da vida, transformando-os como, por exemplo, no caso de mulheres que vivem relações afetivas e familiares abusivas e violentas e conseguem após a experiência “dar um basta”.

O empoderamento não é um tema apenas ligado as mulheres assistidas nas CP, mas também às próprias profissionais. Existe uma forte ênfase à necessidade de provar “a que veio”, provar suas competências e conhecimentos, diante das situações conflituosas cotidianas e difusas que instauram não apenas uma desconfiança permanente, mas um estado de vigilância sobre a classe da enfermagem. Assim, a vigilância parece ser mais uma expressão do conflito sobre a atuação da enfermagem no cenário da assistência obstétrica:

“Então, a gente tá sempre estudando muito, né... Até porque, como a gente é, assim, é... o profissional que, de uma certa forma, é visado, né. Tá todo mundo sempre de olho na gente, tentando encontrar, né, alguma coisa que a gente faça de errado, na verdade, pra... né, pra tentar, é... assim, deturpar, né... o nosso trabalho. Então, a gente tá sempre muito... muito antenado, tendo que tá buscando pra não, realmente, né... assim... Não que a gente não vá cometer nenhuma falha nunca... Mas, a gente tem que, né, assim... aparar o máximo pra que a gente realmente não... não tenha nenhuma falha técnica, né, sob o ponto de vista técnico, de formação, né.” Ricardo – DF

“Todas as vezes que teve problema (...) A gente teve que provar pelos... por apostas do próprio Ministério da Saúde, de que pode funcionar, porque que pode, porque que não pode, o que que pode, o que que não pode... Então, a gente tá sempre tendo que provar... Mas, graças a Deus, a gente... a gente resolve muita coisa... Assim: a gente faz muita coisa boa.”

Luciana – DF

“(...) como a casa tem toda essa pressão, é o tempo inteiro isso né, você ter que tá toda hora justificando o que você faz, toda hora você tem que tá provando que você faz o que tá dentro do esperado, né, e isso tem hora que cansa né. Como se você tivesse que provar o tempo inteiro. E isso é negativo, agora, o lado positivo disso, é que a gente tem que estudar muito né, então a gente tá sempre se atualizando, tá sempre discutindo, nas reuniões, trazendo coisas pra discutir com o grupo e isso vai ao mesmo tempo te fortalecendo no quesito informação, que é o que traz poder né. (...) você tendo a informação fica mais fácil você discutir, você provar, mas não é fácil.” Helena – RJ

As falas acima estão centradas na necessidade de mostrar e comprovar os conhecimentos e competências, que leva à necessidade constante de estudar e atualizar-se. Outras falas enfatizam que é também necessário mostrar a fundamentação do trabalho, que estaria assentado nas “evidências científicas”. Outra necessidade, além de estudar e trabalhar o conhecimento, é saber falar sobre esse conhecimento, argumentar e expor publicamente por meio da fala as habilidades e fundamentações do trabalho como enfermeira obstétrica, defendendo-se da acusação, por exemplo, de charlatanismo e “bruxaria”. A situação que impõem a necessidade de estudar, renovar, melhorar, estimular, “trocar” (informações), mostrar resultados, faz parte de um conjunto de estratégias, utilizadas pelas enfermeiras obstétricas diante de sua caminhada de lutas. Nesse sentido, quem está em campo, precisa tornar-se uma estrategista.

A necessidade de estar o tempo inteiro justificando e provando as ações por meio da troca de informações e do estudo, teria também um lado positivo: essas atividades, que se manifestam individual e coletivamente (por exemplo, na necessidade de constantes reuniões do corpo profissional da CP) o surgimento de profissionais e coletivos de profissionais altamente comprometidas, conhecedoras e competentes. Além disso, faz parte da enunciação de algumas profissionais, a consciência de que quanto mais informação, possuem e demonstram, mais poder podem exercer. Entretanto, para algumas enfermeiras entrevistadas, a busca pelo

conhecimento, que muitas vezes as leva a terem mais conhecimento que médicos, por vezes esbarra em limites, como por exemplo impedimentos legais que demarcam as fronteiras simbólicas, profissionais e territoriais. Um exemplo claro disto, se encontra na fala abaixo, que coloca a impossibilidade de enfermeiras obstétricas realizarem cursos de reanimação neonatal, por meio das entidades médicas que dominam a realização desse tipo de cursos no país¹⁴⁸. Proibição que não tem outro sentido além de demarcar as fronteiras da legitimidade da assistência ao parto, uma vez que a reanimação, inclusive de adultos, faz parte de cursos de primeiros socorros mais básicos.

“Um curso de reanimação neonatal. A gente, pela resolução do CREMERJ, a gente é impedido de fazer. Porquê? Mas o neném pode nascer na estação de trem! Ou até na rua. Mas a gente não pode fazer um curso de reanimação neonatal! Então, acesso a algumas coisas, limitadas por conta do receio, isso atrapalha um pouquinho. Mas, a gente, mesmo assim, vai buscando. A gente não é mole não. Risos.” Núbia – RJ

A necessidade de estratégias de campo, além de estabelecer uma relação com o conhecimento, o saber, na profissão, também tem outras manifestações. Uma delas é a maneira de lidar com os conflitos diretos durante o decorrer da assistência a uma gestante e parturiente. Essas maneiras são vistas como formas de “lidar” pessoais, que variam de acordo com a personalidade de cada profissional, pois cada um possui estratégias individualizadas que podem incluir o enfrentamento direto ou um silenciamento. O enfrentamento direto é algumas vezes visto como algo prejudicial, que pode ter consequências desagradáveis. No processo de inserção da assistência de enfermeiras obstétricas no RJ, por exemplo, uma enfermeira contou da desistência de duas colegas, uma que sofria perseguição e outra, que não tinha estratégias que possibilitasse permanecer no campo, pois enfrentava, registrava muitos comportamentos “deles” (médicos) no livro, exigindo atuação da chefia. Nos trechos abaixo essas questões são expostas:

¹⁴⁸ Por mais que raramente foi citada de forma direta alguma implicação econômica das limitações de atuação impostas pela classe médica a classe da enfermagem, em vários momentos, as entrevistadas deixavam “no ar” a relação da hegemonia médica com as reservas de mercado, a linha de produção de partos (partos vaginais induzidos e cesarianas marcadas sem indicação).

“Aí em dezembro, eu já comecei a atuar, a gente já entrou em sala de parto, pra entrar no front, né...e aí, cada um se salvou, né, de acordo com sua personalidade e estratégia...”
Teresa – RJ

“E... E, às vezes, a gente queria entrar em conflito direto com médico, né?! Porque a gente ficava achando um absurdo aquilo que tava fazendo, e a gente não podia expressar aquilo diretamente, porque se o médico já estava tendo uma falta de respeito com a paciente ou com o acompanhante dela lá dentro, a gente não podia... né?! Fazer parte, compactuar com aquilo tudo! Então, às vezes, tinha que engolir, esperar aquilo tudo terminar, e sair, conversar com o médico, e aí, vinham brigas fenomenais, né?! Ia pra Diretoria; a Diretoria era médica; uns vinham com bons olhos o que a gente tava fazendo e outros não... Então, assim... é... foi uma luta muito grande... Pra mudar muitas coisas aqui dentro!” Júlia – DF

“Não é que ela fosse radical. Ela fazia o que era certo. Só que pra aquele momento, no momento de inserção...não foi legal. Tanto é que ela não conseguiu. A força dela não conseguiu combater o que já existia. Então, ela que teve que se retirar do campo.”. Teresa – RJ

“No sentido de não criar embate, até porque o campo era meu. Então eu não precisava lutar por uma coisa que já era minha. Eu tinha essa visão, que eles tinham que me aceitar. Tão falando, reclamando, de cara feia, não importa. (...) Nunca bati de frente, discuti, não. Vai ter que me engolir, fazia igual o Zagallo, risos.” Teresa – RJ

Os trechos acima ressaltam a ideia de que cada profissional reage de uma forma diferenciada, mas “não se exaltar” no campo é tido como um ponto positivo pois compõem a ideia de que o enfrentamento direto pode ser prejudicial à “conquista” do campo. Muitas enfermeiras obstetras relatam também momentos e evidência de uma transição no status, quando passam a ser aceitas e tratadas como “aliadas”, mas, em geral, sem que isso configure uma identidade de grupo que transcenda as fronteiras profissionais: *“Porque o meu grupo é CRM, o seu é COREN”* (Teresa – RJ). Uma enfermeira da CPR manifestou uma opinião um pouco discrepante, nesse sentido: na sua experiência conta nunca ter tido que “brigar” por trabalhar, mas, ao contrário, para “não trabalhar”, pois na maternidade em que foi inserida relata que os médicos exploravam o trabalho das enfermeiras, principalmente nos plantões noturnos, como expõem abaixo:

“A gente teve uma briga muito grande né, a minha luta lá dentro, é pra não fazer o que não era nosso. Por incrível que pareça, né, as nossas brigas, né, os nossos conflitos, eram em que

querer intubar na gente, a gente tá sendo responsável pela assistência ao parto do, do, ser responsável pela assistência obstétrica do pré-parto. E a gente sempre brigou pra isso não acontecer. Ou, por exemplo, na madrugada a gente ter que acordar pra fazer todos os partos, pra prestar assistência ao parto, se tivesse, na estratégia que eram dois enfermeiros né, se tivessem dois partos acontecendo simultaneamente, eles queriam que a gente levantasse, se fosse um descanso, uma questão regularizada, regulamentada pelo nosso órgão né, que nos confere né, a questão do descanso noturno, eles queriam que a gente levantasse pra eles ficarem dormindo. Minha grande briga...a gente briga pra fazer, lá a gente briga pra fazer o que é nosso, né. Então assim, não era porque a equipe tava ocupada, na maioria das vezes né, primeira coisa que eu vivenciei, que eu sempre questioneei e briguei muito lá dentro. Não era porque a equipe médica tava ocupada, em cirurgia, atendimento nos andares, sala de exame, não, é porque eles queriam dormir e a gente trabalhar pra eles.” Tatiana – RJ

O que aparece nesse trecho é que para a enfermeira que o enuncia, a inserção e a autonomia não eram as questões principais para ela, mas sim a questão da distribuição, não só das competências, mas do trabalho em si, como “catalizadora” dos conflitos. Na divisão de competências e do trabalho, relata situações de abuso do poder, para privilégios. Essa profissional também relatou, sobre a “disputa de partos” entre profissionais e residentes na maternidade em que trabalhava não tinha tantos problemas pois os residentes estavam preocupados com a realização de cesarianas e sempre cansados, mas relata que tinha problemas com “internos” (estudantes de medicina nos últimos anos de curso), pois queriam mandar que realizassem intervenções, para “mostrar”. Ela relata nessas situações que, para negar a realização dessas intervenções, alegava que “*quem determina a assistência é o parto*”, destituindo-se, assim, o poder dos profissionais, de si própria e do outro profissional interlocutor.

Os conflitos e outras questões a ele associadas, como a necessidade de empoderamento frente a vigilância, engendram uma relação com os sentimentos. Entretanto, embora nem sempre privilegiados no discurso dos pesquisados e no olhar dos próprios pesquisadores os sentimentos estão “em jogo”, “em campo”. Desafios, decepções, tristezas, alegrias, satisfações, e outros, também compõem o cotidiano profissional no campo de batalha da obstetrícia. Abaixo, duas enfermeiras da CPSS expressam seus sentimentos em relação ao trabalho. O primeiro trecho fala de falta de reconhecimento que gera sentimento de frustração e desvalorização, tristeza. A segunda fala expõem um certo paradoxo entre a tranquilidade de assumir um trabalho enquanto enfermeira autônoma mas um susto, por não poder contar com a presença de

colegas médicos. Esse susto faz sentido com relação a trajetória profissional específica, bastante diferenciada entre as profissionais de cada uma das CP do estudo e com o tipo de cuidado ali construído (a assistência ao parto sem trabalho de pré-natal anterior).

“Fica um registro muito claro que é a falta de conhecimento dos gestores e dos profissionais em relação ao trabalho do enfermeiro... Então, o sentimento é de frustração né, e de desvalorização né, porque... é, em nenhum momento, é, pelo menos da minha chefia, né. (...). Nós não fomos chamados, nós não fomos chamados pra participar de reuniões, ninguém veio nos visitar pra saber como é que era o nosso trabalho... Entendeu? Então, você fica, assim, meio que... é... um zero à esquerda mesmo, né. O trabalho bacana que você faz, que você curte, que você acha que você tá fazendo um bem danado pra população, pra aquela mulher que tá ali, que precisa do serviço, que é um serviço pra ela, de primeira... Ana – DF

“Eu tava acostumada com a organização porque nesses locais onde eu trabalhava era a enfermeira obstetra que fazia o parto. Porque era novo pra Brasília. (...) Foi tranquilo. O susto... Um pouco assustada por não ter médico...Que eu... Isso realmente eu não estava acostumada... Trabalhava com o médico no plantão, mas foi tranquilo.” Beth – DF

Muitas entrevistadas comentam também reações de médicos envolvendo uma leitura sobre os sentimentos desses. Uma enfermeira da CPR relatou que após a abertura da casa, seus colegas médicos, em uma maternidade pararam de falar com ela e tinham falas ofensivas e desagradáveis. As entrevistadas da CPSS, em geral, avaliavam que os clínicos e pediatras da casa se sentiam inseguros por não possuírem especialidade de neonatologia, para receber os bebês lá nascidos e para amparar mulheres que chegavam “no expulsivo” durante o período de transição entre modelos de assistência. As enfermeiras da CPR relatam também sentimentos de medo “medo do desconhecido”, ansiedade, desafio, antes da abertura da casa, que, em sua percepção seria a primeira e única CP com esse modelo no país. Os sentimentos também estão ligados à coletividade como expresso no trecho abaixo sobre o momento de embargo da CRP:

“A gente não se desesperou não, muito pelo contrário....acho que foi o momento em que a gente mais se fortaleceu. Como eu falei, o grupo é assim: é melhor você não mexer com ele. O

grupo trabalha muito bem, tá muito bem aqui quietinho, mas não catuca ele não, que não vai dar certo. E foi um pouco o que fizeram conosco.” Laura – RJ

Outra questão relacionada aos sentimentos são as expressões de apreço, admiração e reconhecimento, que compõem um carisma relacionado às coordenadoras das CP, percebido principalmente em relação às coordenadoras da CPR, citadas como figuras motivadoras e visionárias.

No cenário da atuação de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto, se nem tudo são flores, também nem tudo é batalha. Tanto no contexto da CPSS quanto da CPR, as enfermeiras também relatam situações e casos de cooperação e reconhecimento que apontam para possibilidades das diferentes categorias “somarem” e negociarem as práticas e saberes. Abaixo, uma enfermeira da CPSS aponta para o aprendizado conjunto com médicos durante a primeira fase da casa:

“E... Então, eu comecei a fazer parto com os médicos, a maioria da equipe... a maior parte deles... é... me deu apoio, né. E eu comecei a fazer junto com eles, sempre junto com eles, né. Porque eu não tinha feito a especialização, não tinha experiência, né.” Ana – DF

Nesse sentido, uma enfermeira da CPR conta como em uma maternidade, durante o desenvolvimento do projeto de inserção de enfermeira na assistência obstétrica, desenvolveram-se estratégias de campo, como por meio de plantões fixos, para potencializar a convivência e a troca entre os profissionais de diferentes classes, que com isso, poderiam “*estar sempre trabalhando a relação*”:

“Eu trabalho num plantão fixo. Eu trabalho exatamente como a escala do médico. Isso é uma estratégia de campo. Onde a direção na verdade criou essa estratégia há vários anos atrás, eu posso dizer, há uns dez anos, e o fato de eu conviver com a equipe e a equipe né, estarmos juntos sempre, isso é uma maneira de ter uma troca. Que geralmente a escala da enfermagem, ela é 12 por 60. Então eu encontro com a equipe médica, que sempre foi fixa, a cada 21 dias. Então, como eu tenho uma escala diferenciada no sentido de estar sempre, eu acho que a gente trabalha a relação. E isso facilita. Claro, que eu não posso esquecer que ele é de outra categoria, né. (...), é ...fica mais fácil de negociar. Então, por exemplo, eu tenho, ele pensa numa intervenção, de repente, numa mulher. Eu tenho assim, condições de “não...fulano...me dá mais um tempo, eu vou trabalhar ela dessa forma e vamos ver, vamos ver se realmente não vai haver mudanças”, então, eu tenho essa liberdade, porque essa escala ela me favorece no sentido de estratégia. Então, isso é uma construção. Não é um dia, não são dois, não são três.

Isso faz muito tempo. Claro que, tem períodos em que há mudança de profissionais e você tem que recomeçar. Quase que recomeçar. Mas dizer assim “ah não, eu tenho total apoio do médico e tal”, não. A gente convive, respeita, porém, de vez em quando, sim, nós temos algumas dificuldades. Mas a resolução acaba sendo melhor porque nós estamos sempre no mesmo plantão. Então, toda semana, todos os plantões, é a mesma equipe. Então a gente acaba convivendo e fica mais fácil.” Aída – RJ

Assim, como expresso acima, existem possibilidades de “pontes” entre os profissionais, mas existem sempre limites nessas relações. Além disso, a questão depende bastante do individual, pois com cada pessoa, cada profissional, será um processo diferente. Como existem, em geral, muitas mudanças nos quadros profissionais das maternidades, as transições implicarão em processos de acomodações entre formas de se relacionar.

5.5 – Um infame espólio feminino: a violência obstétrica

O conflito entre as classes acaba gerando e corroborando a violência obstétrica. A violência obstétrica parece ser uma realidade onipresente quando se fala da assistência praticada e vivenciada nas maternidades hospitalares. Os casos, relatos, falas, são abundantes nesse sentido. Em meio às tentativas de administrar os conflitos e manter a acomodação de ambas as classes, médicos e enfermeiras, as mulheres acabam sendo as vítimas, o único elemento que não tem possibilidades de obter vantagens nesse campo. Se, de um lado, a classe médica mantém sua hegemonia e, de outro, a classe da enfermagem pode manter sua acomodação enquanto subordinado não responsável pelos resultados “ruins” da assistência, as mulheres sofrem as consequências físicas, psíquicas e simbólicas da violência obstétrica. Seja considerada como um elemento constituinte do campo obstétrico, seja enquanto um elemento discursivo constitutivo da classe da enfermagem, de forma opositiva à classe médica, é um fenômeno presente e que não pode ser ignorado. Ao contrário, precisa ser evidenciado e isso vem acontecendo apenas recentemente no Brasil (Fundação Perseu Abramo, 2010). Dois trechos da entrevista com uma profissional atuando em Brasília, em momentos diferentes da sua vida, em hospitais diferenciados, podem dar uma dimensão da importância da questão da violência obstétrica:

“Lá foi o grande desafio da minha vida. Foi quando eu enfrentei uma obstetrícia violenta, de maus tratos com a mulher. Violência de mulher apanhar no rosto! E isso, foi um desgaste na minha vida, porque eu brigava dia e noite com aqueles médicos, pra que respeitassem aquelas mulheres. Então foram quase três anos e lá eu fiquei hipertensa, (...) tive síndrome de pânico.” Adriana – DF

“Toda mulher com ocitocina, toda mulher gritando. E eu comecei a tirar essa mulher do leito, comecei a fazer alguma coisa e foi muito sofrimento. Eram todos contra mim. (...) Com isso nós fomos crescendo (...) o pessoal começou a ver que havia uma diferença nesse cuidado com essa mulher. E aqueles médicos que me perseguiram, que às vezes até foram grosseiros me empurrando, eles começaram a me observar e viam que a mulher que eu cuidava, ela não chorava, ela não gritava, o bebê nascia mais rápido, o bebê nascia com apgar bom. Então foi assim, eu fui mostrando através de um trabalho silencioso, que aquilo funcionava.” Adriana – DF

O primeiro trecho diz respeito a um período em que começou a trabalhar em um “Centro Obstétrico”, no Hospital da Ceilândia, também descrito por outra entrevistada como lugar de muita violência. O segundo trecho diz respeito a um período de trabalho no HRAS, no momento anterior a adoção das práticas humanizadas. Em cenários como esses, o simples ato de dar água para as mulheres em trabalho de parto é visto com estranhamento. A entrevistada, nesse sentido, compara o trabalho de parto a uma maratona, na qual a interdição de beber água, seria uma “tortura”.

As situações de violência obstétrica, inseridas enquanto elementos de uma discursividade em torno das CP são parte, de um lado, de um esforço de diferenciação, pois são experiências sempre ressaltadas como construções da alteridade e, de outro lado, elementos importantes dentro da justificação da existência desse tipo de iniciativa. A violência se mostra presente nas histórias de vida profissionais e nas tramas históricas institucionais. O território das CP nesse sentido é como um espaço blindado para a violência que, no entanto, é colocada em xeque em situações “de fronteira”, em que é necessário compartilhar o cuidado com o espaço médico (o hospital) e os saberes e práticas médicas. Esses elementos estão colocados no trecho abaixo onde a CP é vista como um “refúgio” e o hospital como o “lugar alteridade” da violência obstétrica:

“É o refúgio de muitas que querem parir em paz, porque ali, a mulher pari em paz. A gente dá paz, que é o que no hospital não tem. Já chega, aquela agonia na porta, não tem vaga, entra sozinha, (...) olha quantos processos, um atrás do outro, de despersonalização daquela mulher: tira a roupa, tira a aliança, tira o relógio, tira o brinco, tira a dentadura, tira não sei o que...Então a mulher, ela vai ficando ninguém! Aí, ela passa a ser o leito tal, o parto, a cesárea, o aborto...Então ela não é mais gente, ela é um procedimento. Então, isso pra mim é a maior violência que a mulher sofre no parto, é violência institucional. (...) Não beber água! Tu já imaginastes, num trabalho de parto, é como se ela tivesse numa maratona, e naquela secura de Brasília...(...) é uma tortura, é uma punição pra mulher.” Adriana – DF

Na assistência desenvolvida nas CP umas das situações mais lembradas envolvendo conflitualidades e violências obstétricas são as ocasiões de transferências/remoções, em que as enfermeiras obstétricas detectam a necessidade de cuidado médico e hospitalar. São situações de limiariedade entre fronteiras que desafiam a validade dos diagnósticos, a eficácia dos cuidados e a capacidade de administração da situação pelas próprias profissionais. O trecho abaixo, fala de uma entrevistada da CRP, coloca questionamentos relacionados com esses aspectos.

“Muita das vezes eles não acreditam no que a gente passa de informação, ou acreditam, mas não querem enxergar, chegando a penalizar a mulher e o bebê. (...) Eles são contra o nosso trabalho, mas eles não fazem tão melhor que nós, pelo contrário, entendeu? É um descaso com relação à cliente, eles falam mal da gente pra cliente, eles são anti-éticos, entendeu? Eles destratam as mulheres, isso aí eu vejo, né, canso de ver. Eles tratam a mulher grosseiramente, eles não informam a mulher adequadamente, sabe? Eles maltratam as mulheres. Então, a final de contas, eles são contra o nosso trabalho? Ou eles são a favor do espaço que eles tem aqui na sociedade? Que aí eles estão demonstrando o quê? Que eles não estão nem aí né... pro cuidado à mulher, pro outro, ser humano igual a eles...que eles se sentem diferente, mas eles são iguais. Eles demonstram o tempo todo que eles não estão preocupados com o atendimento à mulher, que eles estão preocupados em ocupar o espaço. E aí é isso que me chateia, porque eu não sou contra médico.(...) Eu sou a favor do profissional que atua e faz o que tem que fazer.” Teresa – RJ

Em geral, são lembrados casos de desqualificação da atuação da enfermagem, que acabam por prejudicar as mulheres. Na CPSS, foram relatadas interferências diretas dos profissionais pediatras nesse sentido, como: desqualificação do uso de música no ambiente do parto (dizendo que “o menino não nasce porque a música é

muito zen”), interferência direta no trabalho obstétrico dizendo com insistência na frente da mulher assistida que deveria ser feita episiotomia para não “acabar com a vida sexual” dela. Os casos relatados pelas profissionais da CPR envolvem, em geral, os médicos responsáveis pela avaliação das mulheres transferidas. Abaixo, uma enfermeira contou sobre o tratamento diferenciado dado a duas mulheres por ela transferidas, com a mesma situação clínica – mulheres com bolsa rompida, apresentando mecônio (liberação das fezes acumuladas pelo bebê durante a gestação que pode representar sinal de sofrimento fetal) e bebê com batimento alterado.

“Primeira eu levei, (...) simplesmente, eu cheguei lá, passei o caso pro médico, né, expliquei o que que estava acontecendo, ele me contradisse, na frente da mulher, disse que não estava vendo nada daquilo que eu falei, e internou a mulher, deixou a mulher no pré-parto. E aí esse bebê nasceu, nasceu mal, foi parar na UTI, tinha uma suspeita de problema cardíológico e ficou intubado. E eu encontrei a mãe, dois dias depois, aos prantos, chorando no corredor. E aí, já numa outra semana, eu levei uma mulher, por coincidência, na mesma situação e ele pegou a mulher pelo braço, subiu correndo, enfiou a mulher no centro cirúrgico e operou. (...) Até agora eu não consigo entender. Ou eles, fazem isso pra penalizar a mulher, que faz pré-natal aqui, a nossa cliente. Ou eles fazem isso com intenção de penalizar à nós profissionais. Tipo assim, eu vou perturbar elas e esquecem que existe duas vidas ali.” Teresa – RJ

São muitas as formas da violência: a violência simbólica – como em um caso em que uma médica repetia a realização de um exame de cardiotocografia e rasgava o papel dizendo que “aquilo não estava bom” – a violência física – uma das mais típicas é realização de toques grosseiros e desnecessários – , verbal – como no caso de uma mulher obesa chamada de vaca, gorda, cheia de banhas, pelo anestesista – e psíquica – implicada em todas situações de violência. Todas essas especificidades da violência compõem ainda, a violência institucional, estreitamente ligada à violência obstétrica, uma vez que os constrangimentos institucionais corroboram seu acontecimento, perpetuação e silenciamento.

A submissão das próprias mulheres é também observada pelas profissionais, como um elemento que compõem de antemão uma não observância dos maus tratos na assistência, também apontada em outros estudos (Nonato, 2007). Como colocado no primeiro trecho abaixo, são situações que existem tanto no contexto público, como no privado, embora com formas diferentes de manifestação. A posição em que os

profissionais se colocam, nesse sentido, é uma questão que não apresenta consenso, pois, como discutido anteriormente, depende do empoderamento e das estratégias individuais, como aponta o segundo trecho. Há um difícil equilíbrio entre ganhar respeito, não diminuir-se profissionalmente e não prejudicar as mulheres, que acabam, quase sempre, penalizadas.

“A gente sabe que é uma ilusão: “Ah! A mulher tem o direito da... da via de parto dela!” Ela não tem esse direito! No hospital privado, o direito dela é ir pra cesárea... Por que? Porque ela é já induzida a isso! E no hospital público, na grande maioria das vezes, o direito dela é sofrer, sofrer, sofrer, sofrer pra ter um parto normal e só ir pra cesárea quando o menino tá morrendo! Porque a gente sabe que é o que acontece na grande maioria do serviço! Então, a depender da condição social... Do paciente, pra ela procurar um serviço público ou um serviço privado, é a escolha da via de parto dela! E não é ela querer realmente, né. E conhecer também, né... as vantagens e desvantagens, (...)”. Ricardo – DF

“Ou você entra em pé de guerra, e aí você não vai conseguir conquistar nada, você não vai conseguir trabalhar (...), nem você vai conseguir fazer nada por aquela mulher. Porque, eles não vão te agredir, mas vão agredir ela, como a gente vê no dia a dia.” Miriam – RJ

A penalização das mulheres em meio os conflitos das classes profissionais componentes do cenário da assistência obstétrica, por si apenas já estabelece uma relação com a objetificação do corpo feminino. No entanto, um outro elemento colocado nas histórias pessoais e institucionais, é o caminho do aprendizado obstétrico, compartilhado com os profissionais e estudantes médicos nas maternidades. Há uma recorrente referência à “disputa por partos” entre os já profissionais médicos e enfermeiras e os estudantes, residentes e internos de medicina e residentes e alunas de especialização em enfermagem obstétrica. Nesse sentido, a própria mulher parece deixar de ser um elemento presente e atuante no campo da assistência obstétrica, se tornando o próprio campo, uma vez que o domínio dela (essencialmente, seu corpo como via da dominação) é um elemento em disputa. É por meio do corpo feminino que se aprende as condutas obstétricas e a técnica das intervenções, daí a necessidade de negociação e partilha desse “material” indispensável ao aprendizado. Nos dois trechos abaixo, de entrevistas de enfermeiras da CPSS, essas questões ficam evidentes. Ambos tratam de situações ocorridas no HRAS, hospital que é referência no DF para formação de médicos obstetras e

enfermeiras obstétricas e referência em “partos humanizados” na rede pública. No primeiro, a negociação coletiva da partilha. No segundo, a penalização da mulher, por meio de toques e puxos dirigidos desnecessários, em meio a disputa de partos.

“Então, ele que abriu o campo pra gente e ele ia pra linha de frente, porque chegou lá, a briga era: essas enfermeiras chegaram aqui, né?!... e não... Nós éramos uma questão pontual! Não existia uma especialização, uma residência! E o campo era médico! Né?! E quando a gente chegou lá pra fazer... é.. a briga era: elas estão tomando o parto do médico staff, do residente... E dos internos. Então, nós estávamos tirando o espaço de aprendizagem de quem era... é... o dono do saber, que era o médico! O dono do campo, inclusive! Porque o campo era de ensino médico! Não tinha um ensino de Enfermagem nessa área! E nós, então, disputávamos os partos com eles e eles se ressentiram! Então, eles foram pra... pra direção reclamar, né?! E o Doutor falou: “Não! Elas vão continuar, elas vão fazer, é o que eu desejo, é o que o Ministério determina e elas vão fazer!” Então, ele encampou muito bem essa briga pela nossa estada lá! Entendeu?” Lidiane – DF

“E faziam coisas que ia de encontro ao que a gente pregava, por exemplo:...Toque. O toque tem que ser de hora em hora, mas se puder prolongar, melhor! De meia em meia hora, ia alguém lá! E a gente não ia ensinar isso pros residentes da gente, né?! Não vou ensinar o errado! Não vou expor a mulher por causa do parto. Ou então, chegava lá, o parto acontece com dez centímetros, com oito centímetros ficava lá, sentado na frente da mulher: “Faz força! Faz força!”. Ninguém fazia isso também! Ai, a gente teve a... a reunião! Ai, na reunião, ficou acertado que ficava assim: um parto era do médico, um do enfermeiro; um do médico e um do enfermeiro.” Joana – DF

Uma possibilidade de compreender a existência e a relevância dos conflitos no cenário da assistência obstétrica, uma vez que existem evidências de sua importância na socialização profissional, seja como parte legítima da assistência (como parece ser para o conhecimento autoritativo médico), seja como referência de alteridade (como um parâmetro negativo, como parece ser, em geral, para o conhecimento autoritativo de enfermeiras obstétricas) é enquanto um modo de “solucionar”, mesmo que aparente e temporariamente a importante questão da responsabilização sobre a vida e a morte e os agravamentos físicos e psíquicos que podem ocorrer em decorrência dos eventos obstétricos e da assistência obstétrica. Disputa-se o objeto sobre o qual se intervêm, o corpo feminino, e a legitimidade do que é com ele feito como uma forma de incidir mais diretamente sobre o imponderável peso da responsabilidade.

A questão da responsabilização pareceu importante a partir da fala do único médico ouvido nessa pesquisa, com a postura de defender como situação ideal de assistência a presença de equipes com médicos, enfermeiras e, se possível, doulas, dentro de instituições hospitalares. Essa postura foi justificada com a ideia de que a presença dos profissionais de diferentes classes e da tecnologia, que o ambiente pode oferecer, são coisas que ajudam a conformar diante das perdas e agravos à saúde, em certos casos, inevitáveis. Ele justificava que se ocorre uma morte “inevitável” em uma CP e a mesma morte ocorre em um hospital, com presença de equipe multidisciplinar, a segunda situação oferece maior conforto pois, teoricamente, teria sido feito “todo” o possível. Mesmo admitindo que isso é uma ilusão, ele alegava que os profissionais, a família, todos os envolvidos, ficam mais confortados dessa maneira.

O conflito em meio a esse cenário pode se colocar como uma forma de lidar com a responsabilização pois disputando-se a legitimidade, coloca-se o poder do argumento sobre a vida, a morte e os agravos, a favor de quem possui o poder de verdade mais válido, a depender do contexto e das situações. Nesse sentido a classe que busca manter a hegemonia no campo, a classe médica, se mantém como classe com maior conhecimento, maior poder de resolução de situações de perigo e emergência – muito pelo domínio de múltiplas intervenções e daquela considerada o auge da salvação, a cesariana – e com os argumentos mais válidos, seja para justificar intervenções, seja para justificar sua ausência, seja para camuflar os efeitos em cascata das técnicas obstétricas (pelo potencial iatrogênico, uma intervenção desnecessária leva a necessidade de outra).

A enfermagem obstétrica, no jogo das legitimidades, se, por um lado, é desafiada a “mostrar a que veio”, por outro lado, pela necessidade de proteção das individualidades, do coletivo e da própria mulher, pode ter um certo privilégio em manter-se “silenciada” e “paralisada”, em ser cerceada em sua atuação, uma vez que o impedimento imposto a sua atuação por sua posição hierárquica como menos legítima, também a exime, em geral, de responsabilização direta sobre os resultados da assistência obstétrica e as situações de violência contra as mulheres. Como acrescenta Ruth Osava (1997, p. 36):

“Há uma obscuridade intencional na distribuição formal de responsabilidades dentro da enfermagem, uma proteção contra o impacto da responsabilidade. Não existe o “meu

paciente”. A responsabilidade e a autoridade nas enfermarias é de tal forma generalizada, que as tornam não-específicas e afastam o perigo de recaírem firmemente sobre a pessoa.”

De um lado, estão profissionais médicos protegidos pela hegemonia no campo, de outro, enfermeiras obstétricas que podem acomodar-se no silêncio e na imobilidade, não sem prejuízos – é importante lembrar que as situações de violência também geram prejuízos à saúde das profissionais – e, por fim, as mulheres, para as quais a experiência da violência não gera nenhum benefício. Além disso, não pode ser esquecida a possibilidade da violência obstétrica ser reproduzida também no interior das próprias CP, o que poderá vir a ser objeto de estudos posteriores.

Capítulo 6 – Uma compreensão sobre o cuidado promovido por Enfermeiras Obstétricas em Casas de Parto autônomas

Neste sexto e último capítulo, o primeiro tópico explora os discursos em torno dos sentidos da humanização e da filosofia de trabalho assumidos pelas Enfermeiras obstétricas atuando em CP autônomas. Estas apesar de terem muitos elementos comuns, também vivenciam práticas distintas, considerando as duas CP envolvidas no estudo. O segundo tópico explora a diferenciação entre este cuidado e o cuidado médico, conformando a busca de uma atribuição identitária específica, voltada para “organização do ser” feminino.

6.1 – A filosofia de trabalho das Casas de Parto e os sentidos de humanizar: um discurso comum e construções práticas distintas

Existem muitos elementos comuns que qualificam a filosofia de trabalho nas CP e os significados da proposta de humanização da assistência, segundo enunciado pelas enfermeiras obstétricas entrevistadas nessa pesquisa. Estes foram também elementos comuns entre as duas Casas que participaram do estudo. Em geral, se aproximam dos elementos antes descritos acerca da proposta de humanização da assistência obstétrica (principalmente nos Capítulos 3 e 4), sendo alguns dos itens mais frequentes: integralidade, respeito, singularidade, resolubilidade, escuta, segurança e recursos que facilitam o parto.

Muitas vezes as profissionais se referem à aspectos dos “procedimentos”, ou seja, às práticas mais diretamente relacionadas às suas técnicas de intervenção junto às gestantes e parturientes que, por outro lado, se somam a práticas que ultrapassam o aspecto procedimental, sendo assim, mais ligadas a atitudes necessárias nas relações com gestantes, parturientes e familiares. O aspecto da segurança ilustra essa relação. A segurança se coloca em dois sentidos: em primeiro lugar está diretamente relacionada aos procedimentos técnicos do cuidado obstétrico, assegurando os bons resultados para a saúde do cuidado em CP e, em segundo lugar, se coloca como uma segurança “íntima”, que se manifesta na abertura dada à mulher para demonstrar sua singularidade nos momentos de sua vida compartilhados com a instituição, daí a necessidade de oferecer a possibilidade de, por exemplo, ter acompanhantes de sua

preferência, levar seus pertences, fazer escolhas sobre o processo de sua assistência. Por vezes, parece ser assumido pelas profissionais a existência de um certo “*continuum*” entre uma disposição, uma atitude, na relação com as mulheres assistidas e os procedimentos técnicos adotados.

Entre as “disposições” assumidas pelas profissionais se colocam, principalmente, uma visão da integralidade, o respeito, abertura à singularidade, o acolhimento e a resolubilidade. Esses itens, embora possam ser compreendidos separadamente e adotar significados específicos, se encontram correlacionados.

A integralidade se relaciona a uma abordagem que considera múltiplos aspectos da mulher e de sua inserção na sociedade, sendo uma espécie de olhar holístico, que busca “ver tudo” : aspectos físicos, sociais, espirituais, econômicos, e outros. O cuidado, nesse sentido, envolve a temporalidade, o exercício de ampliar o olhar e a escuta, ou seja, a percepção, em vários sentidos.

“A filosofia? Integralidade, né. Cada pessoa, é um momento né. É uma pessoa, é um atendimento, é um olhar, é uma escuta, é um cuidado. Acho que...e aquela mulher não é uma barriga, é um ser humano, distinto, né, num momento bem especial, ou não, né. Porque ela não precisa tá feliz porque tá grávida. É uma singularidade ali, mesmo.” Tatiana – RJ

Para buscar a integralidade no cuidado a mulher, o exercício do respeito e da abertura à singularidade são fundamentais. O respeito se manifesta, por exemplo, em uma abertura ao diálogo para compreender as vontades da mulher e concretizar essas vontades em uma assistência a “mais livre possível”, no parto considerado “da mulher”. São respeitadas suas escolhas dentro de uma concepção que busca também respeitar a “fisiologia do parto” e o nascimento. Nesse sentido, todas as condições apontadas pela mulher para promover um ambiente favorável ao acontecimento do parto são almejadas, desde em relação ao ambiente, até o suporte familiar, por exemplo. A abertura à singularidade também está relacionada ao respeito às vontades da mulher, mas integrando-a à execução de um serviço diferenciado, como expresso no trecho acima, para cada pessoa e cada momento. Assim, a escuta ativa, passa a ser uma necessidade para estabelecer uma relação de conhecimento e empatia com cada mulher, é necessário ouvir tudo, saber tudo possível, esmiuçar a história da mulher, de sua família, da gestação, pois no momento do parto entende-se que isso irá refletir e

fazer a diferença no cuidado. A assistência é, portanto, individualizada, singular, cada mulher deve ser cuidada de uma forma.

O acolhimento se manifesta na forma de receber a parturiente, considerando seus acompanhantes de escolha como parte, interagindo pacientemente com o que é manifestado pela mulher, sem imposição, mas permitindo escolhas dialogadas em torno das possibilidades e do ideal (centrado na busca do parto natural, fisiológico). A resolubilidade, por sua vez, se coloca no empenho em resolver o que é necessário para concretização do cuidado, mesmo que o que está fora da alçada, como meio de não deixar a mulher desamparada. Nas situações, por exemplo, em que médicos negam a recepção de mulheres nas transferências, é preciso insistir, usar habilidades pessoais, fazer um “corpo-a-corpo” para conseguir uma vaga em num local adequado para necessidade, como uma disposição em brigar pelo atendimento adequado à mulher.

Disposições como as citadas estão relacionadas a um tratamento “humanitário” baseado no “tratar o outro como gostaria de ser tratado”, oferece, além das intervenções procedimentais, a valorização, o reconhecimento dos sentimentos, e do caráter especial, enquanto momento único do nascimento para a mulher, o bebê, e família. Nesse sentido, o parto não é dos profissionais. O profissional seria apenas um coadjuvante em uma relação de celebração e de troca, como colocado no trecho abaixo:

“Olha, eu acho que resume, é o respeito e a dignidade. Acho que o respeito, a dignidade e o resgate da família, com essa....e a celebração da vida. Eu acho que é isso que resume a casa.” Aída – RJ

As disposições consideradas mais significativas como o respeito, o acolhimento, a integralidade e a singularização do cuidado, por vezes se manifestam no discurso como aspectos limiares entre a disposição e técnica. Aspectos como os citados e a própria permissão do acompanhante, a escuta, o fornecimento de informações e esclarecimentos, entre outros, por vezes são enunciados como elementos singulares do cuidado de enfermeiras obstétricas, possibilitados em um ambiente diferenciado como o das CP.

Sobre os aspectos mais diretamente relacionados às técnicas de intervenção, ou seja, aspectos e caráter mais procedimental, são valorizados elementos que

permitem a realização do parto de forma “mais natural possível”, o chamado “parto fisiológico”. Paradoxalmente, são buscadas formas de intervir para evitar “intervenções”, ou seja, o uso das típicas técnicas médicas (episiotomia, indução com ocitocina, por exemplo), como: métodos não-farmacológicos para alívio da dor, posturas, exercícios de balanço pélvico (como rebolar), deambular (andar), exercícios na Bola de Bobath, banho morno, uso de banheira para relaxamento, massagens na região lombar, parto na água, utilizar música, fornecer alimentos e líquidos, entre outras. São realizadas indicações como a “verticalização da mulher”, ou seja, a adoção de posturas verticalizadas de estar em trabalho de parto e parir, como forma de:

“... respeitar essa fisiologia...a natureza, da mulher, e o nascimento, deixar que a criança nasça da forma mais natural possível.” Daniela – RJ

Para deixar que o natural aconteça e a vontade da mulher se manifeste, entretanto, é necessário indicar à mulher as variadas possibilidades de escolha o que por vezes, causa surpresa (principalmente no caso das mulheres assistidas na CPSS, que não participam de um trabalho prévio na instituição). A privacidade é um fator visto como benéfico também, tanto para as mulheres, quanto para as profissionais que podem “estar por conta da mulher”. A segurança é um fator visto como presente uma vez que seria possível identificar os riscos e anormalidades e os resultados apresentados nos serviços, preocupação constante, são, nesse sentido, considerados muito positivos.

A construção do cuidado nas CP, como enunciado pelas participantes dessa pesquisa, indica a presença de alguns paradoxos, que já vem sendo apontados por outras autoras e pesquisas (Nonato, 2007; Tornquist 2004, 2003; Diniz, 2009), como o aspecto salientado acima da promoção do “natural” que necessita de indicações, informações e aprendizado. É considerado que o parto é da mulher, a mulher que faz o seu parto, mas para isso precisa de um aprendizado, de uma desconstrução do modelo biomédico, é necessário que “seja trabalhada”, para (re)aprender o parto:

“A gente entender que essa mulher, ela precisa ser trabalhada. Até porque a gente vem de uma sociedade que vê o parto normal como uma coisa assustadora, como uma coisa muito dolorosa, como uma coisa, como eu já ouvi dizer, de antigamente, porque hoje, com a medicina tão evoluída, você ainda faz parto normal? Entendeu? Então, a gente precisa

trabalhar essa mulher. Pra que isso aconteça, a gente precisa conhecer essa mulher, essa família.” Laura – RJ

Seria papel do pré-natal, conhecer como a mulher é, possibilitar a busca de sua individualidade pelas profissionais. Isso aconteceria com o envolvimento do profissional e uma conduta que precisa ser flexível, adaptada a cada mulher, cada clientela, cada família. É necessário, assim, a construção de uma relação e um vínculo, com confiança, conhecimento e acolhimento mútuos. A partir disso, da individualidade e singularidade, começa-se a pensar o que se precisa trabalhar nessa mulher, além dos exames físicos, laboratoriais:

“A gente trabalha essa relação, e a gente se vincula. Por que é interessante ela passar a ter confiança nesse trabalho, ela passar a conhecer os enfermeiros, ela saber que ela pode chegar aqui a qualquer hora, que ela vai ser atendida.” Laura – RJ

Essa construção faz parte de uma situação de assistência ideal que nem sempre é possível concretizar, seja pelo acompanhamento de múltiplos profissionais na CPR, seja pela ausência de acompanhamento prévio, como na realidade da CPSS. As profissionais de ambas as casas enunciam que existem estratégias para lidar com “a falta” de vínculo direto com uma profissional (apesar de que isso não é visto, citado, como o ideal), como no sistema privado. Na CPR, por exemplo, um elemento colocado seria alargar o número de profissionais conhecidos pela gestante, porém todos atuando com a mesma linguagem, o mesmo “idioma”. A mulher passaria por vários profissionais no pré-natal, mas, por haver dias de atendimento afixados por cada profissional, a gestante poderia ser atendida com maior frequência com determinados profissionais. De qualquer forma, seria interessante para a mulher conhecer vários profissionais, nas oficinas e consultas, para que tenha a possibilidade de ser assistida no parto por uma plantonista reconhecida. Na CPR é bastante assumido que a necessidade de conhecimento é mútuo. De um lado, para a profissional é importante conhecer a individualidade da mulher e, de outro, para a mulher é importante conhecer a proposta do cuidado ali proporcionado. Na CPSS são valorizados aspectos que podem gerar uma empatia mais imediata entre a mulher cuidada e as profissionais da Casa, como às disposições elencadas acima, características do cuidado. Esses elementos são colocados como vantagens para que a

mulher permaneça em trabalho de parto ou volte para ser ali assistida, em detrimento das instituições hospitalares disponíveis.

Por mais que existam possibilidades para driblar a falta de uma relação mais estreita entre as profissionais da CP e as mulheres para, por sua vez, permitir um aprendizado do parto, esse parece ser um paradoxo sempre presente nesse tipo de cuidado, o chamado cuidado humanizado. Essa colocação paradoxal da necessidade de aprendizado do natural e do instintivo pode ser compreendida também a partir do elemento da autonomia. Uma mulher que vem a parir naturalmente precisa exercitar suas vontades e suas escolhas, na intenção de realizar o parto fisiológico, sendo necessário, portanto o exercício de sua autonomia. Porém, essa se coloca como uma autonomia, em certo sentido, construída e mediada pelo “outro” – as profissionais, como se coloca no trecho abaixo:

“Pra que ela entenda um pouco esse processo, porque a participação dela, na verdade, é fundamental. A gente precisa que ela esteja inserida nesse processo, que ela entenda como ele vai acontecer, pra que isso pra ela seja realmente... natural.” Laura – RJ

O natural a que as profissionais fazem alusão é, não obstante, parte do relacional. O instinto e as disposições naturais do corpo para parir precisam ser primeiro compreendidas para depois poderem ser “liberadas”, “exercitadas”, o que é facilitado ou é possibilitado de acontecer na relação com as profissionais de saúde capacitadas para tal, como as próprias enfermeiras obstétricas que atuam nas CP, produtoras de um cuidado humanizado.

O PH é parte “incorporada” no discurso sobre a filosofia de atuação das profissionais. Nem sempre “os princípios” do PH são citados ou esclarecidos, mas aparecem no discurso como referências a formas de relacionamento com a mulher, formas de interação, a “escuta”, o “chamar pelo nome”, por exemplo, colocados como produtores de proximidade e símbolos do respeito a mulher, estando associados às disposições citadas como necessárias para a atuação das enfermeiras obstétricas em CP.

A promoção de um nascimento de forma humanizada é construído em contraposição ao comportamento mecânico, automático e distanciado: é necessário voltar-se para a mulher, chamar a mulher para conversar, tratar pelo nome, entender que um simples “tomar o sulfato ferroso” pode ser complicado, devido a condições

singulares da mulher, como dificuldades financeiras e dificuldades relacionais (principalmente com o parceiro e a família). É preciso compreender o cuidado para além do corpo, em direção a individualidade de cada mulher. Nesse sentido, algumas profissionais da CPR contaram histórias que procuravam demonstrar como “com muito pouco”, um “sentar e ouvir”, “uma escuta”, uma mulher mudou sua vida, principalmente com exemplos de mudanças em relações afetivas de muita submissão. Para as profissionais, a mulher sai diferente do que entrou, desse “ciclo de assistência”.

Alguns desses elementos que compõem o cuidado humanizado, também se somam a disposição física e simbólica das CP. É o caso da relação que se estabelece entre a proximidade e o ambiente íntimo, a individualidade e a necessidade de a mulher trazer sua família, sua casa, suas coisas para a CP, o holismo e a participação nas oficinas, grupos, conversas, em suma, tudo que é oferecido pela Casa, a escuta e uma construção dialógica do saber – principalmente visível na CPR, na forma como as profissionais falam sobre como se colocam nas oficinas e conversas com as mulheres (o que pude presenciar e observar brevemente).

O termo humanização apresenta múltiplos sentidos, ocorrendo tanto como algo já dado, que não precisa ser qualificado, com um sentido completo, íntegro, que circula no discurso, como também associado às disposições e mesmo às práticas que qualificam o cuidado nas CP, como: as escolhas da mulher, presença de acompanhantes, realização de plano de parto, o estímulo ao autocuidado, a integralidade, o acolhimento, entre outras.

Os sentidos acima considerados, em torno da filosofia de trabalho e do cuidado humanizado comuns às duas CP participantes do estudo, entretanto, são trabalhados em práticas profissionais com muitas singularidades. Parte dessas singularidades, das práticas encontradas nas duas Casas já foram expostas na apresentação (Capítulo 2) e no histórico reconstruído de ambas (Capítulo 5). Apesar de ambas as Casas enunciarem, em geral, um sentido de coletividade e união bastante forte e presente nos grupos de profissionais, – manifesto, por exemplo, no esforço de realizar cotizações para manter o que as Casas precisam para executar seus serviços ou ainda oferecer diferenciais – esse senso de coletividade é também diferenciado.

A noção de cuidado humanizado na CPSS é bastante associada à questão da baixa demanda, ou seja, de um número pequeno de partos. Nesse sentido, é considerado que a Casa está aberta para todas as mulheres que a procuram, diferentemente da CPR, na qual é bastante frisado que o cuidado ali oferecido não é para todas, mas para aquelas que “topam”, “bancam” o modelo de assistência oferecido, sendo necessário a escolha da mulher e a “confirmação” dessa escolha, com a sua participação ativa.

Na CPSS, o cuidado se estabelece de uma forma particular, que não é contínua, em virtude de não existir um acompanhamento integral ou parcial do pré-natal e um seguimento de atividades educativas, como na CPR. Assim, a primeira coisa feita pela profissional que assiste uma mulher, em trabalho de parto ou com intercorrências na gestação, é sua apresentação como enfermeira obstétrica. Alguns elementos são enunciados no discurso e então entram em jogo para oferecer o serviço às mulheres e convencê-las de sua adequabilidade, ressaltando-se: esclarecimentos sobre os profissionais que ali atuam, sua capacidade de identificação de situações de risco durante o trabalho de parto, a capacidade de efetuar as remoções, a disponibilidade de ambulância e de um hospital de referência. Coloca-se a questão da possibilidade da remoção, como uma segurança e para não gerar frustrações, frente às vantagens que a CP oferece em relação ao hospital de referência (sendo a principal vantagem, a presença assegurada de acompanhante, ligada a privacidade, mas também são citadas a avaliação constante durante o trabalho de parto, o fornecimento de refeições, a agenda de retorno do bebê e a alta após realização do teste do pezinho e do registro em cartório, dentro da própria CP).

Não há uma abordagem padronizada, pois a mesma vai depender de cada profissional e o momento em que o contato ocorre, situação muito diferente da relação intensiva que se estabelece entre profissionais e mulheres na CPR. Na CPSS, as condições de trabalho das enfermeiras obstétricas são valorizadas frente a possibilidade de exclusividade, ou seja, pelo menor número de pacientes. A segurança, inicialmente, parece ser colocada na remoção e o diferencial do trabalho a partir do fato da demanda reduzida. São enunciadas como características do trabalho ali prestado, o protagonismo da mulher, a liberdade, a deambulação, a liberdade de posição, os equipamentos, métodos não farmacológicos de alívio da dor, entre outros. Muitas vezes se faz necessário explicar como é um parto (indicando uma deficiência

do pré-natal, pois esse tipo de esclarecimento deveria fazer parte do mesmo) e para completar a explicação é realizado um *tour* na Casa.

A conversa e, conseqüentemente, a relação estabelecida com cada mulher dependerá do momento em que a mulher chega na CPSS e da conduta, variável, de cada profissional. Apesar da casa ser “aberta” e as mulheres gestantes da comunidade terem uma relativa frequência à Casa, por buscá-la nos desconfortos e intercorrências, parece que a relação que se estabelece com a CP se dá justamente pelas intercorrências e desconfortos, ou seja, uma relação com a doença e de emergência – diferente da CPR, onde isso se dá pelos cuidados e práticas das consultas de pré-natal e oficinas de educação em saúde. Por outro lado, a casa ser aberta a esse tipo de atendimento, ajuda a criar uma relação de confiança com a comunidade, não obstante, por vezes, abalada pela falta de pessoal que impossibilita atendimentos.

De forma bastante diferenciada da prática enunciada no discurso das enfermeiras obstétricas que atuam na CPR, o atendimento na CPSS parece estar baseado em situações emergenciais, pois em geral, o contato com as mulheres é realizado no momento em que entram em trabalho de parto ou, mesmo, que chegam na Casa já em “período expulsivo”. Assim, a Casa também acaba atuando, muitas vezes, como uma ponte para outros serviços e atendimentos emergenciais, como colocado no trecho abaixo:

“O foco da casa de parto, teoricamente, seria atender mesmo só os partos de baixo risco.... Mas aqui, como é o único serviço de saúde que existe em São Sebastião, essa Unidade Mista...Então, tudo que é relativo à gestante vem pra gente, mesmo que não seja da nossa, digamos assim, competência, é... atender. Então, todo tipo de emergência, qualquer coisa que elas tenham: sangramento, dor, mesmo que não tenha nada a ver com parto, elas vem pra cá! E a... a gente acaba fazendo essa ponte, né?! De orientar, de referir pro serviço certo... Então, a gente faz esse intermédio, assim, também! Por enquanto, eu acho que devido à reforma, né, e tudo, não tá tendo serviço educativo, vamos dizer, assim, né, (...) as palestras, né, esse tipo de coisa.” Rosa – DF

Baseadas, principalmente nessa peculiaridade, se estabelecem tensões entre o que a CPSS oferece e o que “deveria oferecer”, para ser reconhecida enquanto uma CP. Há no discurso de várias de suas profissionais entrevistadas, o reconhecimento de

que a Casa não funciona de acordo com o idealizado, sendo que uma CP abrangeria mais atividades. Existe uma demanda em gineco-obstetrícia, no atendimento à intercorrências gestacionais – nesses casos, as profissionais atuam no adiantamento, encaminhamento de exames, encaminhamentos gerais para consultas e para os lugares corretos – visto como um “trabalho de consultório”. As enfermeiras obstétricas da Casa precisam ainda fazer o “trabalho de enfermeira” (administração de materiais, da parte estrutural, conservação e trabalho burocrático, por exemplo) e a assistência ao trabalho de parto e parto. Em geral, é considerado que para ser uma “verdadeira” CP precisariam fazer o pré-natal completo, com atividades educativas. Essa ausência é contornada com a orientação não-oficial e não-protocolar para que as gestantes realizem visitas frequentes a Casa, no fim da gestação, para avaliações e o estabelecimento de uma relação de proximidade. Além disso, segundo as enfermeiras entrevistadas, o atendimento preconizado depende da presença de profissionais (no caso, das enfermeiras obstétricas e dos pediatras), que é variável, não sendo oferecido um serviço constante. Nesse sentido, as profissionais enunciam uma grande insatisfação com a SES-DF que, segundo as mesmas, não tem garantido a presença dos recursos humanos necessários, por meio de horas-extras, por exemplo.

Portanto, muitas questões são elencadas pelas próprias profissionais e outras depreendem-se de suas observações acerca da identidade da Casa e suas características assistenciais. A CPSS é, de fato, uma CP? Se não, o que seria então? Como em atendimentos caracterizados como emergenciais, pode-se “descaracterizar” ou “desconstruir” o parto como doença? Os elementos físicos do ambiente, principalmente após a reforma (que proporcionou, por exemplo, a instalação de uma banheira para partos), jogam qual papel na construção do parto humanizado que, de certa forma, necessita ser imediata, pela inexistência de uma relação de continuidade e acompanhamento das mulheres? Essas questões parecem colocar paradoxos especificamente vividos pelas profissionais da CPSS: um paradoxo entre a construção do parto humanizado e “saudável” a partir de uma relação de emergência e o paradoxo entre os significados e a materialização da humanização no interior da CP.

Acerca dos aspectos físicos pós-reforma, o detalhe da entrada do espaço físico da CPSS pode ser observado na figura abaixo:

Figura 26 – Entrada da CPSS após reforma, 2013



Foto: Melissa Martinelli

Provavelmente, tais paradoxos influenciam a forma como a coletividade é construída no grupo: no discurso das profissionais entrevistadas da CPSS são bastante frequentes que, mesmo como um “sentimento de grupo”, se coloquem limites, dúvidas e posturas discordantes, principalmente nos quesitos relacionados a semelhança de atuação das profissionais, a relação de harmonia como os pediatras, a ideia da presença do risco e a adequabilidade da segurança oferecida pela Casa para o trabalho. Assim, por exemplo, o cuidado humanizado é tipo como uma diretriz, mas

assume-se que dependerá de cada profissional, e existiriam aqueles mais “medicalizados”, não há consenso sobre a continuidade do cuidado humanizado ou a quebra do mesmo pelos profissionais pediatras, muitas das profissionais entrevistadas consideram trabalhar sob situação de risco (principalmente pela insuficiência de profissionais nos plantões) e por alguns, a distância do hospital de referência, a inexistência de sala cirúrgica e os problemas nas transferências são colocados como situações arriscadas. Alguns desses argumentos se fazem presentes nos trechos de falas reproduzidos abaixo:

“Eu já passei por situações aqui muito difíceis: de... de distocia de ombro na hora do parto... Do bebê... Prender ali. Não sai de jeito nenhum! Então, assim! Isso deixa sempre a gente com o pé atrás! A gente sempre sabe que aquilo pode acontecer – a gente espera que não aconteça, e na maioria das vezes, não acontece! Mas a gente sabe que aquilo pode acontecer! E eu acho que esse medo é saudável, até pra gente ser mais cauteloso, né?! Como a avaliação com a paciente que a gente tá recebendo e tudo!” Luciana – DF

“Como eu venho de um hospital de alto risco, essas coisas me apavoram um pouco. (...) Acontece muito pouco, graças a Deus, mas pode acontecer. (...) Se o bloco cirúrgico fosse aqui atrás desse muro, seria outra coisa. Você podia arriscar muito mais aqui. (...) Fazer muito mais, aumentar a estatística, a produtividade, muito mais.” Elisa – DF

No primeiro trecho, uma certa insegurança e medo, são vistos como parte do trabalho, o medo de situações complicadas, como a “distocia de ombro”, é visto como saudável por, em última instância, proteger o profissional de uma avaliação inadequada. No segundo trecho, é explicitada uma visão sobre uma limitação associada a CP, a inexistência de proximidade com um Centro Cirúrgico. A falta de profissionais pediatras nos plantões e pediatras com a especialidade de neonatologia foi bastante citada como um gerador de insegurança para as enfermeiras obstétricas. Esses elementos apontam para a possibilidade de distinguir classificações “internas”/“nativas” entre as profissionais atuantes em CP. Uma primeira proposição nesse sentido poderia se dar entre profissionais que se identificam totalmente com a proposta simbólica e prática da CP e profissionais com afinidade mais circunscrita.

Todas essas ausências de consenso e inseguranças manifestadas pelas profissionais também conduzem a outros paradoxos presentes na assistência prestada.

Por exemplo, a necessidade do profissional neonatologista é colocada a partir do medo de que um bebê nasça “ruim” e isso é visto como uma possibilidade de oferecer mais segurança para comunidade. No entanto, não seriam essas condições contraditórias? Será que com esse tipo de lógica, não está se assumindo uma insegurança das próprias enfermeiras obstétricas e da própria CP? – principalmente porque, em princípio, um bebê não nasceria “ruim”, pois haveria uma triagem e preparação adequada e as enfermeiras obstétricas tem condições de atuar no cuidado aos bebês que nascem em condições inadequadas.

Os casos de intercorrências citados pelas enfermeiras obstétricas nessa pesquisa em geral ocorrem com a enunciação de suas capacidades em lidar com situações difíceis. Em especial, foram citados muitos casos de “distocia de ombro” – situação em que, após a saída da cabeça do bebê, ele fica “preso” pelos ombros. De um lado, essa situação é colocada como amedrontadora mas, de outro, é uma situação que pode ser enfrentada com o treinamento adequado (foram citadas participações no “Curso ALSO”), e demonstra a destreza e a perícia técnica, construídas pelo estudo e pela prática das enfermeiras obstétricas, inclusive nesse sentido, construindo uma superioridade em relação a prática dos médicos. Os partos pélvicos, quando o bebê está sentado, também são lembrados nesse sentido, inclusive, o diagnóstico do parto pélvico, por vezes ignorado por médicos que encaminham gestantes para as CP (tendo vista que, em geral, o parto pélvico é uma indicação consensual de cesariana). Situações como essas, consideradas, de risco, também podem evocar uma relação com o divino e/ou o misterioso, pois além da atuação “técnica” da enfermeira se faz presente uma força, inexplicável, como colocado no trecho abaixo:

“Tem o lado também de Deus né, que a gente implora mesmo e pede ajuda pra Deus mesmo, porque não tem o que fazer. (...) Você vê que não foi bem a sua competência que resolveu, que foi uma coisa absolutamente não explicada. (...) Isso poderia tá acontecendo lá na beira do rio, da floresta, é de Deus mesmo. (...) Você pode até fechar os olhos, que é o momento de você pedir ajuda do alto...e fazer aquilo que você aprendeu, as manobras, tracionar da maneira correta...”. Elisa – DF

A forma como as enfermeiras obstétricas enunciam e lidam com as mortes, neonatais e maternas é uma fonte discursiva para identificação do conhecimento autoritativo e das concepções territoriais em jogo. Os óbitos que ocorreram nas CP são em geral enunciados a partir da inevitabilidade ou ligados a problemas que não

dizem respeito a assistência ali prestada, como problemas “da rede”, ou seja, de encaminhamentos malsucedidos, erros de diagnóstico e outras falhas no pré-natal. O número desses óbitos é, na verdade, extremamente pequeno em relação ao número de atendimentos, estando, portanto “dentro do esperado”. São histórias conhecidas pela maioria das enfermeiras obstétricas, que possuem uma relação individualizada com as mulheres e famílias, principalmente na CPR, onde ocorreram dois casos de óbitos neonatais em oito anos de existência da Casa. Na CPSS, me foram relatados cerca de quatro óbitos neonatais e uma morte materna por embolia amniótica – causa extremamente rara e fatal, de causas desconhecidas. Em geral, a “defesa” do território é realizada a partir da afirmação de que o óbito ocorreria em qualquer lugar. Os relatos expressam também outras questões, como a proteção espiritual da Casa, assumindo uma dimensão religiosa ali presente, e a relação de intimidade, com mulheres e famílias. Na CPR, por exemplo, as profissionais proporcionaram a realização do enterro dos bebês e mantiveram diálogo com a família. São contados também casos de evitação de mortes maternas, por encaminhamentos precisos e um acompanhamento muito íntimo e minucioso, de mulheres em condições de saúde e vida bastante precárias, sem suporte social.

Os paradoxos identificados em relação a CPSS dizem respeito ao que foi enunciado pelas profissionais sobre o seu próprio trabalho e se verificam se forma bastante diferenciada em relação aos que foram enunciados pelas profissionais da CPR. A coletividade que manifestam em suas falas apresenta um sentimento de grupo mais forte e uma maior constância e consenso em relação a suas concepções e práticas. Na CPR os profissionais citam com mais frequência realizações coletivas como os “confortos” da casa, o “bonitinho”, “enfeitadinho”, para mulheres e profissionais (que se cotizam, por exemplo, para trazer uma refeição diferenciada eventualmente, uma feijoada, como pude presenciar). Em geral, é colocado que existe uma diversidade entre as profissionais e isso é natural e positivo, mas a despeito da diversidade, o grupo fala uma “mesma língua”. São citados também iniciativas coletivas de gestão, como reuniões diferenciadas, encontros, trabalhos de grupo que, realizados com frequência, seriam responsáveis por um intenso trabalho em prol da unicidade do grupo, desenvolvido ao longo do tempo de amadurecimento da Casa, como pode ser visto nos trechos abaixo:

“Na verdade, hoje, oito anos depois, a gente entende que houve uma construção coletiva, desse modelo.” Laura – RJ

“Nós somos diferentes, claro. Temos nossas diferenças de personalidade e tudo mais, mas a gente fala uma mesma língua. (...) um colega fala de um jeito, outro fala de outro, mas, no fundo, a mensagem é a mesma, que a gente quer passar. (...) Mesma postura, mesma linguagem.”. Laura – RJ

A construção coletiva do trabalho, enunciada em relação a CRP, parece se verificar também nos relatos que descrevem a relação entre o grupo de profissionais e as mulheres, por meio das práticas descritas. Assim, uma série de intervenções práticas das enfermeiras obstétricas, durante a gestação, o trabalho de parto e o parto, são colocadas enquanto “tecnologias”. O “acolhimento”, por exemplo, aparece como denominação de uma prática específica, na recepção das gestantes em sua primeira visita de reconhecimento da Casa, além de um qualificador das práticas e da humanização, um conceito difuso, o acolhimento se coloca como uma técnica aplicada. Além do acolhimento, são consideradas tecnologias, por exemplo: a aromaterapia, a iniciativa de colocar a mulher para relaxar no chuveiro, a indicação de posições durante o trabalho de parto e parto (principalmente, as verticalizadas), a presença de acompanhante, entre outras, como pode ser visto abaixo:

*“(...) mas o foco é mais o trabalho de parto, o parto de baixo risco, né, dando ênfase às tecnologias de cuidado não invasivas, né, não farmacológicas...por exemplo, às vezes, a gente em vez de dar uma analgesia peridural na mulher durante o trabalho de parto, nós levamos a mulher, incentivamos a mulher, a tomar um banho morno, o acompanhante realizar massagem na região lombar, nós incentivamos muito a presença do acompanhante...”
Daniela – RJ*

A oficina de acolhimento é vista como uma importante “porta de entrada” para a proposta desenvolvida pela Casa, suas rotinas, a filosofia, seu protocolo, o que se pretende atingir. Na relação com as mulheres, é sempre lembrado que é necessário um aprendizado para parir na CP, que é necessário imbuir-se de um “espírito”, além do compromisso com as consultas de pré-natal e oficinas educativas que são, para tanto, fundamentais. As oficinas jogam papel fundamental e se tornaram algo concretizado na atuação coletiva do grupo. Como apresentado no discurso das enfermeiras da Casa, é adotada uma abordagem dialógica, em que são utilizadas formas de provocar a

reflexão e questionamentos. Por exemplo, na oficina de acolhimento que pude acompanhar, a reflexão dialogada sobre a história social do parto, foi sendo colocada a partir do questionamento sobre o que levou o parto da casa para o hospital, comparando-se o passado e o presente.

As oficinas são vistas como ferramentas de informação e empoderamento, uma vez que é necessário “saber” para “empoderar” e “reivindicar”. Nesse sentido, as oficinas são uma necessidade pois o parto que é “oferecido” pela Casa é um parto que demanda veementemente a participação ativa da mulher, com a construção de um plano de parto, a presença de acompanhantes, etc. Assim, a relação dialógica que busca-se estabelecer com as mulheres nas oficinas e no pré-natal, buscam uma relação horizontal, em que as mulheres não são pacientes, mas clientes.

A CPR, de acordo com o que é colocado pelas profissionais entrevistadas, não oferece às mulheres um tipo de assistência e espera que as mulheres a recebam, ao contrário, é demandado às mulheres que tipo de relação desejam e esperam estabelecer com a Casa. Como sintetizado por uma enfermeira obstétrica:

“Eu acho que primeiro, é o que ela espera da casa, né. É o que ela espera. Porque a casa oferece muita coisa. Coisas totalmente distintas pra várias mulheres e a mesma mulher, em vários momento, né. Eu acho que na verdade, é o que ela espera da gente. Pra saber se a gente atende, né, ao que ela espera. A casa oferece várias coisas, né. É aquilo, você dá o amor a quem tiver pronto, né, pra receber né. Você só abraça quem te abraçar né. Ou até você abraça quem tiver próximo de você, ele pode até não vir com os braços abertos pra você, mas você vai abraçar, se ela tiver ao teu alcance né.” Tatiana – RJ

Assim, por meio de um trabalho dialógico, busca-se acessar a vontade da mulher. O Plano de Parto concretizaria essa vontade, manifestando claramente as escolhas das gestantes. As enfermeiras obstétricas da Casa, em geral, manifestam que se emocionam com os resultados finais desse trabalho, os partos naturais de sucesso, além de emocionar-se com a emoção das próprias mulheres em conseguir parir. São comentadas situação de mulheres que após o incentivo recebido na Casa, dão “o grito de liberdade”, diante das situações de violência e relações conturbadas. Isso é enunciado como consequência do trabalho da Casa onde são discutidos os direitos das mulheres e questões de gênero, com isso, as mulheres identificariam as situações de violência e opressão e a experiência de parto é vista como uma vivência de empoderamento, incorporada,

“Mostrando pra ela que ela tem como ter o controle da vida dela, entendeu?”. Miriam – RJ

O “grito de liberdade” atribuído às mulheres, entretanto, encontra paralelo e relação também para o coletivo das enfermeiras obstétricas, uma vez que por meio do território social da CP, é possibilitada a construção de uma releitura profissional no campo, em direção à valorização da profissão, à assumpção de uma nova identidade e à defesa de espaços de atuação, sejam autônomos, como a CP e o domicílio, sejam no interior de maternidades hospitalares.

Na CPR é possível que ocorra uma apropriação muito maior do espaço pelas mulheres, em relação a CPSS, uma vez que sua relação com a Casa é estabelecida lenta e paulatinamente, ao longo da gestação, com a participação em variadas atividades.

Os elementos que diferenciam o trabalho promovido nas duas Casas citados acima constituem uma pequena mas importante amostra das singularidades dessas instituições que, não obstante seguir filosofias bastante afinizadas, concretizam suas práticas de formas bastante distintas.

As falas das enfermeiras obstétricas também enunciaram diferentes tipos de “públicos” para as CP, ou mais acertadamente, tipos de pacientes, na CPSS, e tipos de clientes, na CPR. Essa espécie de tipificação das mulheres usuárias dos serviços das Casas ocorreu bastante frequentemente e com variações, correspondendo, também, a uma percepção sobre a forma de as mulheres reagirem à proposta institucional das CP – permeadas de tensões, como aquela entre a existência e a aceitação da CP enquanto opção ou não-opção e um “antes e depois” baseado na desconfiança inicial e na gratidão final. Tais tensões se verificaram principalmente, nas falas das enfermeiras obstétricas da CPSS.

Entre as classificações de usuárias, as profissionais da CPSS citaram, por exemplo: “as que não querem ter o parto lá, e não são forçadas”, “aquelas que entendem a filosofia e querem”, “as que realizam pré-natal particular e vem de outras cidades”, “mulheres de fora”, “mulheres de longe, que vem pela proposta”, “mulheres indiferentes, para as quais a CP é a única opção”, “aquelas que gostam e tem alguma relação”, “as que estão retornando (já tiveram parto anteriormente na Casa, algumas com médicos)”, “aquelas de São Sebastião, que vão porque gostam”. Na visão da

maior parte das enfermeiras da CPSS o serviço da Casa vem sendo muito recentemente reconhecido como um atendimento diferenciado, mas ainda não haveria um grande reconhecimento da “proposta”, da filosofia desse tipo de assistência. Uma enfermeira com a fala muito enfática nesse sentido coloca que a população não estaria “preparada” e que muitas vezes, seriam as próprias mulheres a “pedir a medicalização” (realização de episiotomia, por exemplo). Entretanto, outras profissionais colocam que há uma reação positiva frente à oferta das “tecnologias” do PH durante a assistência na Casa: as mulheres se sentiriam estimuladas vendo as próprias profissionais fazendo (os movimentos pélvicos, por exemplo, para demonstração) e mais uma vez ocorrem classificações, “mulheres que não querem de jeito nenhum” (aceitar as sugestões), “as que querem para ajudar no trabalho de parto” e “as que já fazem por instinto”.

Para as entrevistadas da CPR, as reações positivas à proposta institucional são bastante enfatizadas. É considerada, em geral, a propaganda “boca-à-boca” na comunidade, que foi e vai alastrando o trabalho, gerando uma demanda espontânea. Também é ali reconhecida uma diversidade de mulheres e são citadas “classificações” entre as usuárias, como “as que vem porque escutam da vizinhança”, “porque querem parto normal, ou garantir pré-natal”, “aquelas que não ficam, não bancam o modelo, e na hora do parto procuram a maternidade, “as de melhor condição social, vão porque querem o modelo mesmo”, entre outras. Em geral, as enfermeiras da CPR consideram que a maior parte das mulheres que vão à Casa tem algum conhecimento sobre o serviço ali oferecido. Algumas teriam um estranhamento positivo, por se sentirem maravilhadas com o serviço ali oferecido: estranham que seja um serviço do SUS, gratuito e público. Na relação com as mulheres, colocada por muitas enfermeiras como uma relação de troca, com uma recepção positiva, de valorização e carinho, entretanto, também há chateações e incompreensões. Nesse sentido, algumas falas colocam o incômodo diante do fato de algumas mulheres não entenderem as vantagens que a CP oferece (como: consultas marcadas, os grupos educativos, atendimento com nutricionista, serviço social, oportunidades de fala, de voz, direito e deveres, oportunidade de questionar, discutir o protocolo, colocadas como oportunidades únicas que não existem “nem na rede privada”) e o desapontamento diante da “incoerência” de algumas mulheres (que não querem ser maltratadas nos hospitais, pelos médicos, mas não se dão a chance de conhecer a casa de parto, pelo fato de não haver médicos).

Apesar dessa possibilidade de “ruídos” nas relações entre as profissionais e as mulheres assistidas, na CPR, sobressaem as relações positivas estabelecidas. O livro de depoimentos da Casa demonstra um pouco essa atmosfera positiva. Nesse livro, constam dezenas de depoimentos de mães, pais e vários diferentes acompanhantes de parturiente presentes na casa, muitos deles personalizados com uso de canetas coloridas, figurinhas, desenhos. As qualificações positivas sobre a casa e as profissionais, descritos, muitas vezes, como “parte da família”, são o conteúdo principal da fala. Os agradecimento se estendem a todos os funcionários, como os responsáveis pela limpeza, pela cozinha. As profissionais, em determinado depoimento são colocadas como “ajudadoras de sonhos”. Em outro depoimento, uma mulher indica que mesmo que a tarefa de parir não tenha sido “nada fácil”, se sentiu “uma guerreira depois do parto”. Algumas histórias individuais ganham destaque também, na fala das profissionais, como a história do “Parto 2000”. As enfermeiras da Casa contaram sobre a grande comemoração (inclusive com fogos de artifício) que se seguiu à realização desse parto, muitas fotos foram colocadas em murais pela Casa, mas também era relatada a história dessa parturiente, uma mulher “sozinha”, sem mãe, sem companheiro, que teve um parto muito demorado, difícil, com um bebê pequeno, que teve uma oportunidade de celebração única, tendo ganho também várias “cestas” com produtos para ela seu bebê.

Por mais que exista uma enunciação e um espaço simbólico para a manifestação das escolhas das mulheres, a autoridade do conhecimento e das práticas das enfermeiras obstétricas atuando nas CP também se manifesta como parte do seu processo de assistência. Paradoxalmente, a própria escolha, ou o conjunto de escolhas, impõem uma autoridade ao cuidado daquelas profissionais. Assim, como se manifesta com mais força no discurso das profissionais da CPR – uma vez que há uma relação mais estreita entre as mulheres e profissionais ali – é necessário que as mulheres escolham aquele tipo de assistência, que “topem” a proposta. É, em geral, entendido que diante de uma sociedade fortemente medicalizada, é necessária uma escolha da mulher para vivenciar o momento de forma diferenciada e, “algumas não conseguem vencer a bagagem da sociedade”, outras, não querem.

“A mulher escolhe o que ela quer. Às vezes o parto normal...não é pra ela. O parto normal, eu nunca pari, mas pela experiência, pelo que eu vejo nas mulheres, é um processo de muita intimidade com o seu corpo, de muito conhecimento com o seu corpo, eu acho que quando

“você sai daquele parto, que você conseguiu, gente, eu acho que você deve se sentir assim, muito, muito bem, muito fortalecida, muito grandiosa, entendeu? Até porque isso hoje, é um feito né? Nossa, você pariu de parto normal?” Miriam – RJ

A necessidade de escolha sobre o modelo de assistência ao parto, relacionada a possibilidade de parir em uma CP, com assistência de enfermeiras obstétricas, tem como consequência o fato, por vezes enunciado pelas enfermeiras participantes da pesquisa, de que esse tipo de assistência, por mais que seja o ideal, não é para todas as mulheres. A necessidade de escolha está ligada também a necessidade de aprendizado posterior, por meio da participação nas atividades da Casa:

“Elas passam por um processo de empoderamento, mas assim, consciente, mostrando pra ela, oh, tome consciência do teu corpo, do teu processo gestacional, que você não precisa ser uma alienada dentro desse processo. Então, você tem que ter consciência para que você, ativamente, possa participar.” Núbia – RJ

“Não, porque no acolhimento...você já participou do grupo de acolhimento? (...) no acolhimento, elas são explicadas, a tudo. Elas sabem que não tem médico, é um profissional enfermeiro, que não tem o pediatra, que não tem anestesiista, que não se corta de rotina. Tudo é apresentado, tem um roteiro. Você pode pegar pra ver esse roteiro...do que que é falado. Então, elas sabem. E na primeira consulta a gente reforça. E pergunta porque veio. Se sabe que não tem, se influencia, elas sabem, então não tem o que questionar, até porque isso aqui, se no momento do processo acha que não, achar que não dá conta, ela vai ser encaminhada pra rede, ela vai ter a possibilidade de se ela disser ah, não quero sair daqui, então vá, por meios próprios, vá procurar seu caminho...você tem que confiar.” Tatiana – RJ

No primeiro trecho acima, é colocada a questão do empoderamento, relacionada a um processo de conscientização e participação. No segundo trecho, o acolhimento é resgatado como um primeiro momento de contato com a necessidade de participação das atividades da Casa e que coloca a necessidade de uma escolha determinante. Uma vez que a escolha pela assistência na Casa é feita, é necessário também aceitar o tipo de assistência, com as atividades e disposições que implica, a ela associada. Parece haver no tipo de conhecimento autoritativo característico das enfermeiras obstétricas um jogo de mútua confiança. Tanto as enfermeiras obstétricas precisam estabelecer uma forte confiança na mulher, quanto as mulheres precisam

confiar fortemente nas enfermeiras obstétricas. Talvez daí a necessidade de uma relação de vínculos mais estreitos e construídos paulatinamente.

Na CPR, onde as profissionais parecem estabelecer uma relação mais fluida com outras maternidades da cidade, foram contados casos de mulheres que desistem de continuar o pré-natal ou de ter o parto na CP e posteriormente são “encontradas” em outros serviços sendo, por vezes, chamadas à atenção, como conta um enfermeira, reproduzindo seu diálogo com a mulher:

“Eu já tive um, eu já recebi mulher na maternidade, que era daqui, que eu peguei na porta e falei, quando eu vi, “Volta! Nem pensa, sai, some daqui!”, “Ah, mais é bom?” e eu “ É bom pra cacete, volta pra lá agora e não passa mais aqui hoje”, né... (e voltou?) Voltou! (risos). Então, é aquele negócio, realmente né, você falar que você vai ter um filho sem médico...é o parto, se transformou num ato médico. Isso é fato. E aí se você vai falar um negócio desses, vão achar que você é muito doida. Né. E dá medo mesmo, né. O que a gente vê, como a gente cresce, vendo novela, vendo o parto, dá medo. É mais dá medo de ter filho eu acho, no geral...” “Paula – RJ

No trecho acima, claramente se impõem uma autoridade sobre a mulher, mas o diálogo também permite supor uma relação de proximidade: diante da insegurança manifestada pela mulher, há uma resposta que usa da autoridade investida na profissional empregando também um tom de brincadeira e intimidade. Na fala, ainda, esse tipo de comportamento das mulheres é explicado por questões sócio-culturais: o fato do parto sem médico se colocar como algo diferente, fora do comum e do “normal”, gerando medos e julgamentos sobre as mulheres.

Na discursividade das enfermeiras obstétricas ouvidas nessa pesquisa um ponto colocado como importante em torno de suas práticas também foi o protocolo, tanto na CPSS, quanto na CPR. O protocolo, que é um documento formal que estabelece quem pode ser assistida na Casa e em que tipo de situações as mulheres e bebês devem ser encaminhados para outros serviços, aparece como um mediador entre as fronteiras do autorizado, concedendo legitimidade para a atuação, e do não-autorizado, limitando a atuação. Nesse sentido, é um instrumento de proteção frente a responsabilização. De um lado, neutraliza os insistentes questionamentos sobre a legitimidade da assistência obstétrica desempenhada pelas enfermeiras e , de outro, tira da alçada das enfermeiras obstétricas o que está clínica, física ou socialmente fora dos padrões protocolares e, quando isso implica em situações de encaminhamentos e

transferências, realizar o encaminhamento necessário, retirando a assistência do território da CP e da atuação das enfermeiras, retira-se também a responsabilidade pelos desfechos. O protocolo elimina ou minimiza as situações de risco que as enfermeiras obstétricas potencialmente podem enfrentar. No trecho abaixo, uma enfermeira obstétrica da CPR enuncia a importância do protocolo juntamente com a ênfase sobre a vivência coletiva das práticas na Casa, ressaltando mecanismos de construção mútua do cuidado, no grupo:

“E pra manter a casa, aberta né, a gente sempre se apoiou em muitos...sempre foi muito conceitual, né...a questão da rotina, a questão do protocolo, né, da gente seguir muito à risca, né, a gente tem o protocolo medularmente, tá tudo na cabeça. Claro que a gente tem alguma dúvida, vai lá, a gente nunca...(.), a gente nunca trabalha, a gente não trabalha sozinho. Se você ficar mais um pouco aqui, você vai ver que pode ser uma coisa do mais simples ao mais complexo. Por exemplo, de uma altura do fundo uterino, de poxa, a gente vai medir um fundo uterino, na ultima consulta foi 30, se eu medi 35 a gente chama um outro, “será que é isso mesmo?”, à o CTG [cardiotocografia], à avaliação de uma indução, a gente não trabalha sozinho. A gente sempre se reporta ao outro, troca com o outro, discute, concorda, discorda, vê uma outra opinião. Então, assim, pra gente manter a casa, a luta nunca parou, pra se manter a casa aberta, pra tentar se fazer tudo o mais próximo do certo, do coerente. (...) Claro, são vários enfermeiros, várias pessoas com ideias né, seres humanos distintos. Mas a gente sempre...claro, uns se dando melhor, pior, né, são pessoas, né...com metas diferentes, com valores diferenciados, mas sempre ocorreu muito assim...A gente tem pontos muito em comuns né, até porque, assim, é o que nos une, né.” Tatiana – RJ

Se o ideal é seguir o protocolo a risca, entretanto, às vezes é necessário quebrá-lo, condição relatada principalmente pelas enfermeiras da CPSS, que precisam estabelecer uma relação imediata com a mulher, já em trabalho de parto, como relatado abaixo:

“Por que que, às vezes, eu descumpro o protocolo e acolho uma mulher... Porque, às vezes, você faz um parto e diz: “Olha! Ela não tem nenhuma consulta de pré-natal, mas ela tá com sete centímetros de dilatação! Eu vou botar numa ambulância pra nascer no caminho ou eu vou assumir essa mulher aqui?” Entendeu?” Lidiane – DF

Outras estratégias de proteção também foram criadas pelas enfermeiras obstétricas da CPR, como, por exemplo, uma declaração de ciência da inexistência de

médicos assinada na primeira consulta e avisos por escrito (cartazes espalhados pela Casa) que afirmam que todo atendimento ali é gratuito. Essas estratégias surgiram a partir dos dois casos de óbito neonatal acontecidos na Casa, em que o CREMERJ buscou as mulheres oferecendo ajuda para que buscassem a justiça, alegando ilegalidade do atendimento obstétrico sem médicos, por exemplo.

6.2 – Mediar e cuidar: fronteiras entre a intervenção no corpo e a organização do ser

Acerca das diferenças entre os cuidados médicos e os cuidados em enfermagem obstétrica, as participantes da pesquisa tiveram um posicionamento geral de apontar grandes diferenças entre as duas abordagens. Apenas algumas entrevistadas declararam que os procedimentos, no sentido das técnicas empregadas por ambos, seriam os mesmos, como na fala abaixo:

“O procedimento em si é o mesmo. Tem menos intervenção quando é com a gente, mais fala, mais assistência emocional, estar ao lado. A gente não fica no alojamento aguardando ser chamada, a gente fica do lado.” Elisa – DF

Entretanto, essa ideia era mais frequentemente contraposta. As enfermeiras obstétricas ouvidas, apontaram em geral que o cuidado médico seria voltado para uma intervenção sobre o corpo, o fisiológico por meio de intervenções, tratamentos, medicações, dentro de uma visão voltada para o patológico, a doença, os aspectos técnicos. Nesse sentido, os médicos não estariam interessados na mulher em si, mas no seu estado gestacional, sendo seu corpo concebido como máquina. Essa construção é atribuída ao processo de formação médica, que estabelece uma relação de propriedade com o corpo feminino:

“O médico que não é humanista, pra ele o corpo da mulher é privativo dele, (...) ele tem direitos sobre aquele corpo, ele pode manipular e fazer o que ele quiser, porque ele entende que a gestação pertence a ele (...) e no momento do parto ele que vai decidir isso também, e... ele precisa organizar a vida dele aqui fora, porque ele não trabalha em só um lugar, não tem um só consultório, enfim, aquilo tudo que a gente já sabe...”. Carmem – RJ

Com isso, os médicos direcionariam seu modelo de assistência ao parto para “benefício próprio”. Na rede pública, isso se refletiria em não deixar a mulher ser espontânea, impondo uma posição, os puxos dirigidos, um tipo de respiração, interdições de andar, comer, beber e manifestar suas emoções. A mulher deve, portanto, ficar estática, passiva, enquanto passa por esse processo, tido como “vulcânico”. Na rede de assistência privada, o reflexo desse modelo de atuação seriam as altas taxas de cesarianas. A maior parte das enfermeiras obstétricas entrevistadas nessa pesquisa acredita que essa visão que orienta a prática médica está diretamente relacionada ao processo de formação pelo qual os médicos passam. Além disso, também foi identificada por algumas participantes a importância das questões de gênero, como colocado na fala abaixo:

“O grupo médico sempre foi composto na maioria de sexo masculino. Então assim, o homem, ele detinha o poder dentro da sociedade, né, então assim, na visão deles, eles vieram para determinar, para mandar. Então a formação médica, veio nesse bojo né, veio com essa visão. E aí eles saem da faculdade com essa visão, de que o parto não é da mulher, de que o parto é deles. Então, eles que fazem o bebê nascer.” Teresa – RJ

No caso da CPSS, que viveu um período com assistência obstétrica de médicos, foi também colocado por algumas das enfermeiras da Casa a diferença entre o cuidado nos dois períodos, o primeiro com médicos e o modelo posterior e atual, com enfermeiras. É colocada também a importância da seleção de pessoas interessadas para trabalhar em um local com uma assistência diferenciada, como é o caso das CP:

“Só que, obviamente, as condutas, elas são diferentes! Porque a formação do médico... É a mesma do que tá lá no Gama, lá na Ceilândia, né?! Então, assim! É uma casa de parto – entre aspas – já com uma ideia mais humanizada? Era sim! Mas, a assistência obstétrica, digamos assim... É a... É a mesma! A paciente não tinha liberdade... De expressão. Não eram todos os obstetras que aceitavam que a mulher não precisava ficar em jejum! Né?! A entrada de membros da família, filhos, né?!... é... alguém da escolha da mulher... Ou estarem mais de um... é... é... familiar... Dentro da sala de parto... Essas coisas já... já eram mais restrita, né?! Porque é a formação! Não tem jeito, né?! Assim... Porque... Bom! Com certeza existem obstetras que são parteiros. Né?! Então, assim! Se você fosse fazer uma seleção: “Olha! A casa de parto vai ter modelo... esse modelo assim, assim e assado! Essa proposta de

trabalho.” “Vamos captar as pessoas interessadas que se encaixam nesse contexto.” Aí, seria diferente! Só que não é assim que funciona a Secretaria! Então, os obstetras eram obstetras... né?!... Que... é... como os outros! Acaba que um ou outro, já pelo seu perfil de pessoa, vai acolher melhor a mulher! Outro, não! Seja aqui ou em qualquer outro lugar! Entendeu?” Ana – DF

A construção da passividade feminina e do tratamento da gestação e do parto como condições associadas a doença, na prática levaria a situações de violência. Mais uma vez, essa pesquisa se deparou com a descrição de vários casos de violência obstétrica, desta feita enunciados com o objetivo de caracterizar a prática médica. Uma entrevistada, da CPR, em especial, posicionou-se de maneira bastante forte sobre essa questão. Em sua opinião, a técnica, o fazer médico seria uma coisa até ruim de se ver: uma violência, uma luta, mas em um sentido ruim. Abaixo, ela descreve uma situação na maternidade em que foi observar a assistência de uma médica com fama de humanizada, para aprender com a colega. Entretanto, a partir da intervenção de outro médico, se desenrola uma situação de violência:

“É, da técnica. Também não é o mesmo! Você já viu um parto assistido por médico, normal, normal não, vamo botá, vaginal. Você já viu? Nem a técnica, é diferente, é totalmente diferente. É, parece uma luta, uma guerra, um massacre, uma coisa muito...muito pesado. Mas a mulher não percebe isso não, não marca, você acredita? (...) Aí, tem uma médica X que ela é conhecida por humanização do parto, pari no banquinho né, vai ter bebê de cócoras...decúbito lateral, diminui a luz, enfim...Aí quando ela foi assistir esse parto, eu fui pra ver, né, fui lá pra pegar os conhecimentos dela, fui lá e fiquei olhando. Olha, e chegou a criatura, o médico, olha e no final da história, eu não se ela se sentiu pressionada, enfim, ele fez o Kristeller. Olha, mas imagina, uma mulher mais magra que você, imagina uma mulher mais magra que você grávida, bem franzina mesmo. Ele é um homem forte, mas musculoso mesmo, parrudo, socado. Olha, ele trepou, literalmente, ele trepou, igual trepa numa árvore em cima daquela barriga...quando ele fazia a manobra de Kristeller...sabe o que é, ela perdia o ar dela, ela voltar assim, (Ahhrr)...e ela muito magra...eu fiquei olhando aquilo assim...ela perdia o ar! Aí ela abaixava assim...parecia (desfalecida, fala entrevistadora)... Aí, ela voltava, pela contração abdominal, era tão intensa, tão intensa no tórax dela, que ela voltava, ela chegava assim, ela ia pegar na...ela tentava pegar na, num suporte da mesa que, pra colocar a mão, ela não conseguia, se ele montasse nela antes, ela não conseguia ter força de segurar, ela parava com a mão no ar assim...Aí teve um momento, ele fez isso várias vezes, imagina um homem forte ali, eu pensei assim, “meu Deus, ele vai quebrar ela”. Aí quando ele demorou pra fazer... “de novo, de novo!” Aí eu fiquei olhando assim...depois que nasceu, a criança quase bateu na parede, aquela coisa, aí ela falou assim “ai, brigado, graças a Deus

que o senhor tava aqui!”. Eu fiquei assim...tão pensativa com aquilo...Você espera e pede a violência. Eu falei assim, meu Deus, como é que um ser humano...(e agradece! Fala da entrevistadora), pode agradecer aquilo? Como é que um ser humano pode agradecer aquilo e achar que precisa e que deve passar por aquilo?” Tatiana – RJ

No caso acima, no qual a ação médica é identificada com a violência, o que mais choca a enfermeira obstétrica é que essa situação de violência é solicitada e agradecida pela própria parturiente. A descrição da prática das enfermeiras obstétricas, por outro lado, se contrapõem às atitudes e práticas médicas. Em geral, são ressaltadas as disposições e práticas associadas ao parto humanizado, como aquelas descritas na sessão anterior (6.1). Na visão de algumas enfermeiras obstétricas, para os médicos, suas concepções das práticas são vistas como “bobagens” e de certa forma, manifestam seu reconhecimento em não saber lidar com aspectos da integralidade da mulher, como a manifestação de suas emoções. Abaixo, uma enfermeira reproduz a fala de um médico, que entrega a ela a responsabilidade de “lidar” com a mulher que não se apresenta passiva e “comportada”:

“Olha só, tem uma mulher ali meio estressada, é pra você! Vê se você trabalha ela?”. Miriam – RJ

Muitas enfermeiras obstétricas declararam que sua atuação em princípio também se fazia no modelo biomédico e, daí, se colocou a necessidade de reaprender. Como colocado anteriormente, a necessidade de aprendizado constante também é uma forma de reação aos conflitos e ameaças permanentes. Esse aprendizado parece se dar por meio de processos individuais e coletivos, ou seja, pela busca autônoma, mas também pela experiência compartilhada, em especial, nas CP. Em razão de sua singularidade, teria sido necessário um processo de desconstrução e reconstrução das práticas, em direção a uma novo fazer, desmedicalizado e diferenciado do fazer hegemônico, identificado como “tradicional”.

“As pessoas que vieram pra cá, elas vieram realmente decididas a fazer uma proposta nova, (...) a desmistificar, a desaprender e aprender novamente.”. Miriam – RJ

Nesse sentido, há também a ideia de contágio com o modelo biomédico. Seria preciso um processo de busca para não “se contaminar” com o modelo biomédico. As

profissionais enfermeiras obstétricas precisariam se identificar com os princípios humanizados, por meio da observação, da vivência e da busca de conhecimentos para não acabar se “contaminando”.

A centralidade nesse processo de reaprendizado das práticas seria colocada na mulher, ela seria o ponto de partida, e o aprendizado se daria em função, principalmente da experiência – pois o aprendizado acadêmico, teórico, seria essencialmente medicalizado e institucionalizado. O exercício prático, a partir das disposições e práticas citadas anteriormente, seriam fundamentais para que as enfermeiras obstétricas obtivessem um “*feeling*” sobre as singularidades do cuidado que cada mulher requer. Na CPR, as profissionais relatam um intenso trabalho de grupo em torno da diversidade. Nesse sentido, foi necessário trabalhar, por exemplo, a tolerância religiosa, a diversidade sexual, primeiro entre os colegas para, posteriormente, trabalhar de forma mais adequada com a diversidade das clientes, aprender a trabalhar “no que gostavam” e no que podia lhes parecer estranho. As diferenças entre colegas foram, aos poucos, direcionadas assim, para uma acomodação, em benefício das mulheres. Um caso interessante, ilustra essa questão.

Presenciei uma discussão em torno de caso de uma parturiente em final de gestação, que tinha ido para a Fleming (maternidade de referência) e não teve seguimento da assistência, retornando à casa (CPR) e tendo que ser mais uma vez encaminhada. Essa mulher, teria sido atendida por um determinado doutor, qualificado por uma profissional como “pior que o Exu Caveira!”. Ao escutar isso, uma enfermeira obstétrica observa: “Não, respeita meu velho!”, ou seja, a entidade Exu. Esse é um fato interessante que demonstra como os casos são ampla e abertamente discutidos entre as trabalhadoras da casa e que a questão da expressão das individualidades se estende não apenas às mulheres, mas às próprias profissionais, que encontram no ambiente do trabalho um ambiente em que podem manifestar, por exemplo, suas convicções religiosas. Observei que a religiosidade é uma expressão comum na fala e no comportamento da equipe de enfermeiras, manifestando-se nas entrevistas a partir da enunciação objetiva, mas também no convívio como, por exemplo, no caso de uma enfermeira que seguia abertamente seus preceitos do candomblé, utilizando seu pano de cabeça e sua esteira para descanso e sono.

Outros apontamentos em caderno de campo, como o caso contado acima, podem ajudar a compor as características do cuidado promovido em CP, no caso, mais específico da CPR. Sobre as práticas recomendadas para as profissionais da

Casa, uma série de documentos estão dispostos e abertos à consulta pública na Casa. Dentre eles, um documento sobre práticas educativas, recomenda: ênfase na promoção de práticas reflexivas e participativas, baseadas na realidade dos envolvidos, trabalhar com o corpo, enfatizar “funções cognitivas”, adotar visão holística e abordagem de gênero. Esse documento apresenta uma série de dinâmicas que podem ser utilizadas pelas enfermeiras: de apresentação, integração, relaxamento, conhecimento e reconhecimento do corpo, de grupo, de acolhimento, de acordo com os trimestres gestacionais, para o “casal grávido” e outros grupos específicos. Outros documentos recomendam atitudes e ações para as enfermeiras obstétricas durante o trabalho de parto – proporcionar ambiente com alto nível de conforto, privacidade, silêncio”, sistema de apoio (profissionais, familiares, amigos ou pessoas com as quais a parturiente sinta segurança – preferência para pessoas que participaram da dinâmica da CP), liberdade corporal (assumir posições que mais lhe agrade durante as contrações), registrar e acompanhar a evolução obstétrica no Partograma, encorajar a parturiente a ficar de pé, caminhar, sentar-se ou ficar de quatro, tomar banho de imersão e aspersão para relaxar ou adotar alternadamente cada uma dessas posições como desejar, orientar respiração diafragmática, concentrando na expiração mais prolongada, com corpo relaxado, orientar para emitir sons (assovios, cânticos) pois ajuda a produzir hormônios que agem como analgésicos, toques vaginais a cada duas horas, registros nos gráficos e partograma, manter a mulher e a família informados sobre a evolução do trabalho de parto – e durante o parto – orientar a mulher e o acompanhante com tranquilidade, evitando ordens verbais sobre como deverá se portar, explicar todo procedimento que for realizado, estimular a presença e participação do acompanhante, incentivar a adotar posição confortável para parir.

Pode-se perceber que dentre as recomendações colocadas acima, há uma mistura entre elementos atitudinais (orientar com tranquilidade, por exemplo), práticos (tomar banho de aspersão) e técnicos (registrar no Partograma). Entretanto, há um elemento comum que é a busca em apoiar o processo de parto da mulher, sem conduzi-lo, como é frequentemente atribuído à prática médica. Uma diferença crucial entre a atuação do médico e das enfermeiras obstétricas, na visão dessas últimas, estaria na diferenciação entre “fazer o parto acontecer” e “deixar o parto acontecer”, sem interferir no processo, que seria então conduzido pela própria mulher, como expresso abaixo:

“O médico, ele é o ator principal... ele se acha o ator principal do parto. E o enfermeiro obstetra, não! Ele se... Ele respeita o momento. Ele sabe que o ator principal é a mulher. O médico, ele faz o parto. O enfermeiro obstetra, assiste a um parto. Tá! O enfermeiro obstetra acredita que a mulher é capaz de parir. O médico acredita que é ele que faz o parto. Então, essa é a diferença! E aí tá a desvalorização, né?! É onde acontece a desumanização. Então, ele que manda, ele que conduz o parto! E aqui, não! Quem conduz o parto é a mulher! A gente tá assistindo o momento de nascer. Se tiver alguma intercorrência, eu tô aqui pra intervir na intercorrência. O médico, não! Ele que faz tudo. Ele acredita que sem ele, pode... vai nascer ruim. A gente acredita que a mulher é capaz de parir sozinha.” Beth – DF

“Se ela vai dizer pra você que vai nascer, vai nascer! Vai lá e olha! Se ela tá gritando, alguma coisa, tá sinalizando alguma coisa pra você. Alguma coisa tem que essa mulher não conseguiu falar e tá exteriorizando agora, então, não vai ser você que vai botar a mordaça nela. (...). A única coisa que eu acho que é legal é que a gente aprendeu a ouvir o outro. E quando você ouve o outro e você dá voz pro outro, nossa, como a gente troca experiência e como você ganha com isso. Acho que é isso que é o viver, você trocar com as pessoas que tão ao seu lado. (...) que se não a gente fica num mundinho muito pequeno, não cresce como pessoa, (...) aí você só é mais um no meio da multidão, que não vai fazer diferença nenhuma.” Miriam – RJ

A atuação das enfermeiras obstétricas é identificada com a disponibilidade em estar ao lado da cliente, para que as profissionais e o ambiente possam minimizar o stress e o sofrimento, proporcionando o melhor momento possível. É necessário portanto, escutar (como expresso no segundo trecho acima), conhecer, aproximar-se para que o cuidado possa ser integral. A formação da enfermagem estaria voltada para o cuidado, nascendo com essa perspectiva, de “estar presente, viver com o outro”. Nesse sentido, muitas enfermeiras obstétricas vêem o momento atual como um momento histórico de resgate da própria profissão que vêm, atuando autonomamente, resgatar, por sua vez, o empoderamento das mulheres:

“E aqui, e a enfermagem obstétrica, tem a finalidade de devolver esse poder pra mulher. O médico tomou esse poder da mulher, né. O poder que era da mulher, que ela paria com a parteira né e que ela acreditava no poder dela, o médico tomou. Com essa formação deles. Então eles tomaram, colocaram a mulher deitada numa mesa, fazendo ela acreditar que ela só conseguiria parir com a presença do homem. E aí veio a enfermagem, na sua grande maioria de mulheres né, lutando, pra devolver esse poder pra mulher. De fazer ela acreditar, que ela pode parir, que ela é capaz de parir, sem intervenção. Essa conduta a gente chama de

empoderamento. A gente tenta empoderar essa mulher, fazer com que ela acredite no poder dela.” Teresa – RJ

No trecho acima é manifestada também uma perspectiva de gênero, a partir da qual é atribuído às enfermeiras obstétricas o papel de resgate do empoderamento das mulheres no parto. Nesse sentido, coloca-se mais uma vez o paradoxo da relação necessária entre a vivência de um parto natural e a interferência de um outro agente, no caso, das enfermeiras. A enfermeira obstétrica seria alguém que precisa intervir no processo gestacional da mulher para lhe garantir uma vivência empoderada de parto. Nesse processo, ela atuaria como uma “organizadora” da mulher:

*“Você vai entender porque às vezes a mulher tá tão desorganizada na hora do parto, em que pontos você tem que trabalhar mais com ela, a questão o medo, ou do estar sozinha...”
Carmem – RJ*

Nessa perspectiva, a atuação das enfermeiras obstétricas estaria relacionada à “organização do ser”, ou seja, alguém que intervém, mas tendo como base não apenas o fisiológico, apesar de também atuar por meio dele (na busca pela concretização do parto fisiológico), na construção dos sentidos da gestação e do parto. Para as próprias enfermeiras obstétricas, essa auto-atribuição parece ter relação com uma (re)leitura da profissão, no sentido do que vem sendo trabalhado, por exemplo por Robbie Davis-Floyd (2008). Assim, a enfermeira obstétrica teria que somar características a princípio opostas, como a disponibilidade, um fazer devotado e sensível às questões da mulher assistida e ao mesmo tempo estar sempre disposta para os possível conflitos e embates que podem advir em sua prática, em virtude da dupla construção em que está implicada, a construção da mulher, na sua preparação para o parto, e a (re)construção de sua profissão, de sua prática de “parteira moderna” (ou “pós-moderna”, como prefere Robbie Davis-Floyd) – que combina elementos do “passado” – como a experiência prática, a empatia, o envolvimento, o “reconhecimento” holístico, o trabalho com a esfera doméstica – com técnica, a formação de nível superior e o treinamento. Nas palavras de uma enfermeira, a “suavidade” e a “fortaleza”:

“(...) ao mesmo tempo que você consegue ter esta suavidade do atendimento, você também tem que ter toda fortaleza do embate. Que parece que cuidar bem, tratar bem é uma coisa errada, pra alguns, pra algumas concepções. Ao mesmo tempo que você tem que ter a suavidade, você também tem que ter a força de uma guerreira. Se não, você não consegue. Se não, as pessoas te impedem o exercício.” Núbia – RJ

Entretanto, mesmo com a demarcação das diferenças entre a atuação de médicos e enfermeiras obstétricas, essas também fazem uma leitura crítica dessa distinção, que se manifesta quando lembram que, no geral, a formação de ambos profissionais seria a mesma, uma formação medicalizada e intervencionista. Nesse sentido, é identificado que existem médicos obstetras que podem atuar de forma humanizada e, por outro lado, enfermeiras obstétricas que podem atuar de forma intervencionista e medicalizada, principalmente, em contextos onde os médicos são a principal autoridade e referência na assistência. De qualquer forma, é a enfermeira obstétrica que emerge como profissional responsável pela desmedicalização, por um “novo-velho” cuidado, que busca ainda uma identidade, diferenciada do fazer médico e do fazer da parteira, como no trecho de uma fala abaixo:

“Eu acho que a tendência é essa, o enfermeiro obstétrico tá vindo mesmo e com tudo, agora, ele tem que, eu acho que, o enfermeiro, (...), eu acho que ele tem que assumir o papel dele, eu não sei quem é que vai fazer isso, se é a academia...se é o COREN, se é a ABEN, eu não sei quem vai fazer isso, mas a gente tem que direcionar sim a nossa, é...a nossa assistência pra desmedicalização do parto, mas com uma, é...como é que eu posso falar, com atributos de enfermeiro. Entendeu? Assumir o cuidado como uma coisa do enfermeiro. Parar de atuar meio que parecido com o médico, meio que parecido com a parteira, não. A gente tem que fechar isso e direcionar...não, a enfermagem, ela faz isso, assim, assim e assim, como é que é o cuidado? O cuidado tem afeto? Tem apego? Vai usar teoria? Vai pegar o quê? (...) Como é que é a comunicação com o cliente? Entendeu? Isso tem que ser mais fechado e tipo, (...) cada um, na verdade, cada um fazer do seu jeito, sensibilizar esse grupo e fechar esse grupo, né, porque a coisa fica meio que solta...” Paula – RJ

Assim, a atuação das enfermeiras obstétricas no território social das CP autônomas tenta sair do campo da negação (o não médico, o não oficial, o não medicalizado, o não hegemônico) e entrar num campo afirmativo próprio, processo esse, que tem ocorrido juntamente a tensões e paradoxos. Nesse sentido, o território da CP autônoma emerge como um lugar institucional fortemente marcador da identidade profissional.

Há um conhecimento autoritativo em construção, mas alguns elementos, como os trabalhados nesse capítulo, podem ser apontados como essenciais nesse processo. Apesar da onipresença e da permanência dos conflitos nesse campo, há uma relação de colaboração em perspectiva, ao menos, em possibilidade, com o cuidado médico, nas fronteiras entre os territórios (entre as CP e as maternidades hospitalares de referência) e a valorização de práticas e disposições identificadas como de parteiras. Entretanto, por haver uma forte polarização entre as duas categorias profissionais envolvidas mais diretamente no campo, é preciso ainda investir na compreensão das hierarquias produzidas e reproduzidas, tendo em vista que o cuidado médico ainda parece ser socialmente (e largamente), o referente principal.

As enfermeiras obstétricas que atuam em CP, como as ouvidas nessa pesquisa, se apresentam a partir de disposições e práticas específicas, relacionadas ao cuidado “humanizado” que as colocam, em contraposição à atuação médica, como organizadoras do ser feminino, protegendo-as também de situações de violência obstétrica.

Apontamentos conclusivos

A discussão teórica e empírica que abriu essa tese, em torno da modernidade, da medicina e da medicalização e do panorama da assistência obstétrica no país trabalhou com modelos de assistência obstétrica e com os (péssimos) indicadores obstétricos brasileiros. Posteriormente, discutiu-se com a proposição do chamado parto humanizado como uma possibilidade surgida em meio a disputas profissionais do campo da assistência obstétrica. Foi uma preocupação, durante a escrita do texto, não assumir o tom biomédico, em relação, por exemplo, às recomendações da OMS sobre cesarianas, intervenções obstétricas e mortalidade materna, nem a incorporação do discurso da humanização. Nesse sentido, buscou-se ao vislumbrar os resultados da pesquisa, avançar além das polaridades que a compreensão teórica inicial indicava.

Entretanto, nem sempre deixar de lado tais polaridades significa ultrapassá-las, pois as forças sociais que as constroem empiricamente continuam em atuação e não podem ser negligenciadas. Por isso, a opção em assumir uma polarização compreensiva inicial sem, no entanto, deixar de vê-la, em certo sentido, como toda compreensão teórica mais geral, um tanto artificial e ideal, um tanto homogeneizante e limitada. Pensar nas “perturbações do nascimento” como perturbações do social-humano por meio da crítica à medicalização apresenta um limite tênue entre incorrer mais uma vez na centralidade/essencialidade reprodutora da mulher e ultrapassá-la, assim como há uma limiariedade entre conhecer a realidade e intervir sobre essa mesma realidade ou influenciar algum tipo de intervenção.

O vocabulário corrente já denuncia a persistência de juízos sobre normalidade e anormalidade, a hierarquização de saberes, generificação misógina e dependência feminina em torno dos eventos relacionados ao parto e nascimento. A denominação de um parto como “normal”, o espanto com o parto deslocado do ambiente hospitalar, a exigência automática de médicos, a denominação de uma classe original e quase exclusivamente feminina no masculino, a ideia de que o parto é “feito” por um profissional, são apenas alguns exemplos. A questão da hierarquização dos saberes se verifica quando, por exemplo, se coloca comparativamente a atuação de médicos e enfermeiras obstétricas, utilizando a cesariana, considerada como mais complexa que a assistência ao parto vaginal sem intervenções. Entretanto, como não intervir, objetivo de enfermeiras obstétricas e obstetrites, que constitui uma atuação de enorme

complexidade física, mental, psíquica (envolvendo o cansaço, a constante e atenta avaliação, a consciência das próprias limitações preditivas e do escopo de atuação, por exemplo), pode ser considerada uma atividade de menor complexidade?

Assim, vislumbrando inicialmente um contexto hegemônico de medicalização da assistência obstétrica, no qual a proposta de humanização e de seus desdobramentos se apresenta enquanto uma discursividade desafiante, formulou-se a questão que figurou enquanto problema central dessa pesquisa: “Que sentidos e conflitualidades permeiam o cenário do surgimento e estabelecimento das Casas de Parto autônomas no Brasil?”

Um primeiro aspecto pelo qual buscou-se responder a essa questão ocorreu via reconstrução da história dessas instituições no país, até então inédita. Partiu-se de uma retomada dos aspectos pelos quais as CP se relacionam com a proposta de humanização da obstetrícia, para em seguida focar no histórico das mesmas em território brasileiro, marcado por dois paradigmas: o primeiro relacionado ao chamado “vazio assistencial” e o segundo, relacionando às CP a uma opção de local de parto e modelo assistencial para as mulheres.

Essa pesquisa, cujos resultados foram relatados nos dois capítulos finais da tese, trabalhou com o discurso de enfermeiras obstétricas atuantes em duas CP autônomas, a CPSS (DF) e a CPR (RJ) que haviam passado por tentativas de fechamento. Essa condição, em si, já indicava a presença e importância dos conflitos entre as principais classes que compõem o campo. Entretanto, os resultados apontaram que o conflito é permanente e onipresente, se apresentando com persistência histórica e estando imbricado de múltiplas formas nas concepções, práticas e “trocas” profissionais que conformam o cotidiano das instituições do campo, sejam elas CP ou outras maternidades e serviços de saúde com os quais precisam se estabelecer em rede. O campo profissional da obstetrícia se conforma enquanto um verdadeiro campo de batalha, porém, os conflitos não apenas mobilizam os profissionais mas, sobretudo, afetam as mulheres.

A perspectiva conflitual mostrou-se onipresente. Permeou as falas das enfermeiras obstétricas e dos demais entrevistados ouvidos e se refletiu na forma como as comunidades de práticas (no caso, comunidades no interior da enfermagem obstétrica, especificamente de enfermeiras obstétricas atuantes em CP autônomas) identificaram sua constituição, a forma como se constrói seu conhecimento autoritativo, e a forma como essas práticas se evidenciam nos territórios sociais do

parto. O conflito instaura uma espécie de paradoxo fundante, como na perspectiva simmeliana, na qual pode ser um elemento gerador de sociação e unidade, que possui manifestações em nível macro (como os acionamentos judiciais entre as classes da enfermagem e da medicina) e micro (convivência das classes no mesmo território e situações limiares).

As duas CP participantes do estudo apresentaram histórias singulares em que o tempo de atuação, o processo de surgimento – na CPSS, uma decisão particular da gestão médica da rede e na CPR, uma idealização da gestão e de profissionais engajados na mudança de modelo – a homogeneidade das falas – menor na CPSS, maior na CPR e a relação com uma rede de instituições locais – mais presente na CPR, por exemplo, se colocaram enquanto elementos diferenciadores.

Na história da CPSS podem ser reconhecidas duas fases: a primeira de 2001 a 2009, em que funcionava com assistência médica, e a segunda a partir de 2009, quando passou a funcionar com enfermeiras obstétricas e pediatras. A partir de então, a CPSS passou a enfrentar conflitos e tentativas de fechamento, cujos principais eventos foram uma representação contra uma médica chefe no CRM, uma denúncia coletiva do corpo médico ao Ministério Público e desqualificações na mídia.

Na história da CPR, que foi aberta em 2004, podem ser reconhecidos enquanto conflitos principais a tentativa de embargo da abertura da Casa, dois acionamentos judiciais via Ministério Público, uma interdição pela Vigilância Sanitária Estadual, desqualificações na mídia e a cassação de um médico envolvido, durante sua participação na gestão municipal, com a criação da Casa.

Apesar de terem processos históricos e atuarem de forma absolutamente singular, o discurso das profissionais envolvidas na pesquisa foi marcado também por muitas semelhanças, relativas às múltiplas imbricações dos conflitos.

Assim, o conflito emergiu como condição permanente no território social das CP, flutuando com maior ou menor força e evidência, de acordo com seus momentos históricos. Foi relatado pelas enfermeiras obstétricas uma variedade de argumentos para justificar os conflitos, a partir dos opositores desse modelo: desde o parto mítico acusado (com assistência não médica ou fora do hospital) como inseguro e inadequado, à alegação da assistência por enfermeiras obstétricas como exercício ilegal da medicina, à imprevisibilidade intrínseca ao parto e nascimento, à enfermagem enquanto medicina de segunda classe, até aspectos culturais em sua globalidade.

Os conflitos se estendem a outras classes profissionais e a segmentos da própria enfermagem – o conflito, nesse sentido, não estaria centrado na figura da enfermeira obstétrica, mas na disputa entre os diferentes modelos de atenção, havendo, por isso, divergências na própria classe – e junto às mulheres e à sociedade como um todo, possuindo múltiplas formas de manifestação, entre aspectos pessoais e coletivos. No resgate das histórias e trajetórias pessoais, algumas enfermeiras obstétricas trouxeram relatos de um passado “edílico” do parto (no tempo de suas avós), considerações sobre as relações de gênero e geração e relatos de primeiros partos iniciáticos.

O cotidiano de lutas e embates foi também marcado por dilemas com os poderes locais, provocando por vezes, uma espécie de “silenciamento institucional” das CP, que passam então a serem ignoradas. Os conflitos judiciais ganharam, entretanto relevância na história dessas Casas gerando, inclusive, reações coletivas em defesa das mesmas e do modelo de atenção proposto, culminando com as “viradas de jogo”. A partir de dinâmicas inesperadas, como desdobramentos dos conflitos foram geradas, por exemplo, “estratégias de campo”, mobilização de simpatizantes, mobilização comunitária, apoio de entidades de classe, organização interna e externa. No jogo dos capitais no campo da obstetrícia e perante o ataque judicial às CP, permaneceram como trunfos do modelo de atenção preconizado: sua legalidade – conferida por um tipo de imunidade federal –, a perícia técnica evidenciada pelos seus resultados assistenciais – em que são levados em conta indicadores quantitativos e evidências do empoderamento feminino – e um possível potencial transformador da assistência em CP para a vida das mulheres.

A vigilância sobre a enfermagem obstétrica foi colocada como uma das expressões do conflito: as enfermeiras precisam constantemente “mostrar a que vieram” e validar suas ações com uma forte base de estudos. Nesse sentido, a enfermeira reconhece-se como uma estrategista: a necessidade de mostrar e comprovar conhecimentos e competências, com fundamentação (evidências científicas) instaura a necessidade permanente de estudo, renovação e trocas, tendo como consequência a produção de profissionais competentes, empoderadas e comprometidas. Nos embates cotidianos, principalmente na limiariedade das fronteiras territoriais entre CP e maternidades hospitalares ou serviços médicos, as enfermeiras obstétricas devem atuar segundo estratégias de campo: a demonstração da perícia técnica (mostrar a que veio), a disposição para enfrentamentos diretos com

outros profissionais ou o silenciamento diante das situações de conflito, que dependem de aspectos pessoais de cada profissional (apesar da não exaltação ser considerada, em geral, como um fator positivo). Os sentimentos também entraram em campo: foram relatados desafios, decepções, tristezas, satisfações, alegrias, sustos, inseguranças, e também situações de cooperação, soma e negociação, com auxílio de “estratégias de campo” para “trabalhar” as relações entre as coletividades profissionais.

Os conflitos, onipresentes no campo, geram e corroboram situações de violência: a violência obstétrica parece ser uma realidade onipresente nas maternidades hospitalares e no trânsito entre essas e outras possibilidades de assistência, como o caso aqui estudado, das CP. Seja entendida enquanto um elemento discursivo constitutivo do campo da enfermagem obstétrica, de forma opositiva aos médicos, seja enquanto elemento disposto no campo obstétrico, é um elemento fundamental, que precisa ser evidenciado, reconhecido e destrinchado.

Na assistência desenvolvida nas CP umas das situações mais lembradas envolvendo conflitualidades e violências obstétricas são as ocasiões de transferências/remoções, em que as enfermeiras obstétricas detectam a necessidade de cuidado médico e hospitalar. São situações de limiariedade entre fronteiras que desafiam a validade dos diagnósticos, a eficácia dos cuidados e a capacidade de administração da situação pelas próprias profissionais. No contexto da CPSS, os casos ocorrem também no próprio ambiente (compartilhado com médicos pediatras) e na CPR, fundamentalmente, nas transferências. As enfermeiras obstétricas relatam ser tamanha a submissão das mulheres que muitas vezes os maus tratos não são percebidos e não haveria consenso, entre as próprias profissionais, sobre a forma de responder às situações de violência. Com isso, fica estabelecida e perpetuada a objetificação do corpo feminino, também parte dos processos educacionais e formativos que as próprias profissionais protagonizam, quando a mulher passa a ser vista como o próprio campo – um objeto de disputa diante das disputas por partos, para que esse acompanhamento manifeste o aprendizado das condutas e técnicas de intervenção.

Entre um grupo que detém a hegemonia e a legitimidade quase incontestável no campo, os médicos, e um grupo que busca uma identidade autônoma e legítima (o das enfermeiras obstétricas), mas ainda de forma bastante subordinada, não existe responsabilização sobre os maus-tratos e resultados da assistência, frutos da violência.

O ônus da violência recai, ainda, apenas sobre as mulheres. Portanto, o conflito em meio a esse cenário pode ser entendido como uma forma de lidar com a responsabilização, na disputa das legitimidades e hierarquizações do campo obstétrico.

Muitas semelhanças entre os sentidos circulando sobre o cuidado nas duas Casas do estudo também se colocaram. Acerca da filosofia do trabalho e dos sentidos de humanizar pode ser localizado um discurso comum entre as enfermeiras obstétricas das duas CP, embora com construções práticas bastante distintas. Entre os elementos comuns podem ser identificados, principalmente, a integralidade, o respeito, a singularidade, a resolubilidade, a escuta, a segurança e recursos que facilitam o parto. Há uma referência dupla, por vezes, um tipo de “continuum” conferida aos procedimentos e às disposições, habilidades relacionais para “além dos procedimentos” que conformam o conhecimento autoritativo das enfermeiras obstétricas atuantes nas CP autônomas, elementos que fazem parte da identidade do grupo.

Um conjunto de paradoxos estão presentes na atuação das enfermeiras obstétricas em CP, com abordagem humanizadora, desde o paradoxo de intervir para não-intervir (com técnicas e disposições próprias), até o paradoxo do natural que necessita ser aprendido. É considerado que o parto “é da mulher”, mas que ela precisa de um reconhecimento e um aprendizado, em última instância possibilitado pela atuação de outras pessoas (as profissionais) e de uma socialização específica. Sendo assim, a autonomia da mulher, proclamada como necessária, se constrói, paradoxalmente, a partir do outro e do social. Na CPR, com intenso trabalho coletivo pré-natal, as oficinas e outras atividades jogam nesse sentido, papel fundamental. O acompanhamento pré-natal se torna, assim, uma necessidade para o reconhecimento e a formação de vínculo entre mulheres e profissionais, sem o qual a assistência ao parto pode se transformar em uma emergência, como ocorre na CPSS. Quando a formação do vínculo é prejudicada, existem algumas estratégias como o contato com maior número de profissionais (que falam “o mesmo idioma”) – como ocorre na CPR e disposição para uma empatia mais imediata (por meio da descrição das vantagens da casa) – no caso da CPSS.

O parto humanizado foi bastante incorporado no discurso das enfermeiras obstétricas participantes, sendo que nem sempre tem seu sentido esclarecido, e apresenta múltiplos sentidos. Por vezes foi tido como “dado”, por vezes foi associado

às práticas e disposições, às formas de interação com as mulheres, frequentemente em contraposição ao comportamento mecânico, automático e distanciado. Os elementos que compõem o PH se somam às disposições físicas e simbólicas das CP, assim: a proximidade e o ambiente íntimo, a individualidade/singularidade e a participação da família, promovendo a personalização do ambiente e do cuidado, o holismo e a participação nas atividades oferecidas, a escuta e a construção dialógica do saber.

Entretanto, a filosofia do trabalho e os sentidos do humanizar são construídos a partir de práticas diferenciadas para as duas casas. Na CPSS, o cuidado humanizado foi associado à baixa demanda, era considerado que a Casa possuía abertura para todas as mulheres, o cuidado não tinha continuidade (em virtude da não realização do pré-natal), foi localizada uma abordagem menos uniforme e padronizada, uma relação de assistência estabelecida por situações de emergência (intercorrências ou trabalho de parto) e tensões identitárias. Como paradoxo específico vivenciado na CPSS foi localizada, principalmente, a questão da construção do parto humanizado e saudável a partir do atendimento de emergência e identificadas maiores discordâncias e dúvidas sobre riscos, inseguranças, medos e a necessidade de médicos, por exemplo. As mulheres, nesse contexto eram referidas como “pacientes”.

Na CPR foi identificada abertura mais restrita, para as mulheres que “topam”, um trabalho contínuo e intensivo, uma abordagem bastante uniformizada, um sentimento de grupo mais forte, maior constância e consenso – mesma língua, senso de “tecnologias do cuidado”, por exemplo. O “acolhimento” foi bastante valorizado, e a partir de um duplo sentido (sendo considerado uma disposição e uma técnica de grupo). A mulher determina o parto desejado, sendo reconhecida enquanto uma “cliente”, e o trabalho dialógico se concretiza nas práticas coletivas e no Plano de Parto, proporcionando junto às demais atividades coletivas uma maior apropriação do espaço pelas mulheres.

Algumas questões mais específicas merecem ainda, destaque. Os casos de intercorrências, citados como enunciação da capacidade das enfermeiras obstétricas em lidarem com situações difíceis, amedrontadoras, com destreza e perícia técnica (maior, muitas vezes, que a dos médicos), evocam também uma relação com o misterioso – nesse sentido, são lembrados principalmente partos pélvicos e distocias de ombro. Os óbitos – na CPR foram relatados dois óbitos neonatais em oito anos de existência da Casa e na CPSS cerca de quatro óbitos neonatais e uma morte materna, ao longo de toda história da instituição – **são** enunciados a partir da inevitabilidade,

dos problemas da rede de saúde, erros de diagnóstico médico nas transferências e consultas intermediárias e falhas no pré-natal (no caso da CPSS). Os óbitos estariam também “dentro do esperado”, são histórias bastante conhecidas, contadas a partir de uma relação individualizada com as mulheres e famílias. Há uma defesa do território das CP, na medida em que são reconhecidos enquanto inevitáveis (sendo assim aconteceriam em “qualquer lugar”, ou seja, mesmo dentro de maternidades hospitalares). Os protocolos, por potencialmente minimizarem ou eliminarem as situações de risco, são considerados como uma proteção para a prática das enfermeiras obstétricas, mesmo que, por vezes, seja necessário quebrá-los. Se configurando, então como um documento que media as fronteiras do autorizado e do legítimo, estabelecendo uma relação com a responsabilização. Esses três elementos (situações de intercorrência, óbitos e o protocolo) potencialmente expõem como é construída a autoridade das enfermeiras obstétricas. O conhecimento autoritativo desse coletivo parece estar baseado em um jogo de mútua confiança (entre as mulheres e as enfermeiras obstétricas), sendo que a própria escolha sobre o parto em CP ou o conjunto de escolhas, sobre o próprio parto, impõem para as mulheres uma autoridade das profissionais (o que é bastante visível na assistência promovida CPR, onde o parto não é para todas, mas para aquelas que escolhem ali parir).

A construção do cuidado, das práticas e conhecimentos das enfermeiras obstétricas atuando em CP autônomas também foi abordada a partir da diferenciação da mesma com relação à prática médica. Assim, como um posicionamento bastante geral, foram apontadas grandes diferenças entre as duas abordagens. A prática médica, na leitura das enfermeiras entrevistadas, compunha-se basicamente de intervenções no corpo e do medicar, enquanto que sua prática seria mais amplamente voltada para a organização do ser feminino.

O cuidado médico seria voltado somente para o “fisiológico”, por meio de intervenções, tratamentos, medicações, dentro de uma visão conformada pelo patológico, a doença e os aspectos técnicos. A mulher seria, portanto, um estado gestacional, um corpo-máquina. Essa construção é atribuída ao processo de formação médica, que estabelece uma relação de propriedade com o corpo feminino. As relações de gênero são observadas e as situações de violência lembradas como características das práticas médicas.

As práticas das próprias enfermeiras obstétricas seriam contrapostas às práticas médicas que, apesar de serem a referência inicial (a formação de todos os

profissionais é considerada biomédica) precisam ser desconstruídas na direção de obter um “*felling*”, a partir das mulheres e de sua diversidade, para poder “deixar o parto acontecer”, “escutando” e estando presente. A partir de uma perspectiva de gênero, é atribuída às enfermeiras obstétricas o resgate do empoderamento da mulher e a tarefa de “organizadora do ser”, um novo-velho saber, conformado a partir de uma releitura discursiva da parteira, sendo esse novo coletivo de enfermeiras obstétricas reconhecidas como parteiras modernas ou pós-modernas.

O campo da assistência obstétrica, um campo de batalha por excelência, coloca a possibilidade de uma série de outros estudos futuros sobre, por exemplo: os sentidos que circulam nas veiculações midiáticas, nas resoluções, pareceres, recomendações e demais documentos técnicos norteadores dos órgãos de classe do campo, os processos disciplinares médicos, as recomendações e demais documentos técnicos norteadores dos órgãos da enfermagem. Essa pesquisa vem corroborar, também, a necessidade de estudos etnográficos sobre as CP, em sua diversidade de condições, estudos que podem encontrar caminhos bastante minuciosos para pensar a assistência, a partir, por exemplo, das noções de “risco”, “intercorrência”, “intervenções”, “tecnologias”, “transferências”, entre outras.

Faz-se necessário refletir sobre as novas hierarquizações que estão se produzindo ou reproduzindo na contemporaneidade e em nosso contexto brasileiro no campo da assistência obstétrica. Inclusive, é necessário pensar também na influência das produções acadêmicas, de *insiders* (obstettrizes, enfermeiras obstétricas, médicos) e *outsiders* (cientistas sociais, gestores, arquitetos, etc) sobre esses processos. E, sobretudo, é fundamental envolver a participação das mulheres nessas pesquisas, para que suas emoções, pensamentos e corpos não sejam silenciados. A pesquisa no campo da assistência obstétrica em ciências sociais no Brasil é, ainda, um novíssimo rebento. É importante assumir que o contexto desse cenário-campo, que envolve profundas relações de poder entre gêneros, profissões e modos de compreender e operacionalizar o cuidado e a cura, será de permanente luta: “Tudo que nasce é rebento!”, já dizia Gilberto Gil. E, no campo do nascimento, a história nos mostra e é razoável esperar que tudo esteja em permanente estado de nascença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de filosofia*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ABENFO-Nacional. *SOLICITAMOS APOIO AO DR. MARCOS DIAS* [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <ticianarn@gmail.com> em 19 dez. 2011.

ADAM, Philippe e HERTZLICH, Claudine. *Sociologia da doença e da medicina*. São Paulo: EDUSC, 2001.

ALMEIDA, Maria Isabel Mendes de. A “Nova Maternidade”; uma ilustração das ambigüidades do processo de modernização da família. Saúde, Sexo e educação. *Sociedade Brasileira de Medicina de Reabilitação*. Ano VI, número 16, jan-mar 1999, págs. 22-30.

ÂNGULO-TUESTA, Antonia et al. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.1425-36, set/out. 2003.

ARNEY, William Ray. *Power and the Profession of Obstetrics*. USA, Chicago: The University of Chicago Press, 1982. Especialmente capítulos um e sete.

ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA MONTE AZUL, website. Disponível em: <http://www.monteazul.org.br/home.php> . Acesso em janeiro de 2013.

BARBOSA, Gisele, GIFFIN, Karen, ANGULO-TUESTA, Antonia, et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cad Saúde Pública* 2003;19(6):1611-20.

BALASKAS, Janet. *Parto Ativo. Guia prático para o Parto Natural*. São Paulo, Ground, 1993, 2ª edição (1ª edição 1989).

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979. 229 p.

BARRETO, Maria Renilda Nery. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. *História. Ciências, Saúde – Manguinhos*. V-15, n. 4, p. 901-925, out-dez 2008.

BEAUVALET-BOUTOUYRIE, Scarlet. As parteiras-chefes da maternidade Port-Royal de Paris no século XIX: obstetras antes do tempo? *Rev. Estud. Fem.*, Jul 2002, vol.10, no.2, p.403-413.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 17, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 de Abril 2007. Pré-publicação.

BIRNBAUM, Pierre. Conflitos. Em: BOUDON, Raymond (org.). *Tratado de Sociologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995. p. 247-282.

BITENCOURT, Fábio; BARROSO-KRAUSE, Cláudia. *Centros de Parto Normal: componentes arquitetônicos de conforto e desconforto*. Anais do I Congresso Nacional Da ABDEH, IV Seminário de Engenharia Clínica, 2004.

BITTENCOURT, Maria Nydia Tavares. Implantação do programa casa de parto do estado da Bahia. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, v.37, n.2, p.135-8, 1984.

BOLOGNE, Jean Claude. *História do Pudor*. Rio de Janeiro: Elfos; Lisboa: Teorema, 1990.

BONADIO, Isabel Cristina; SCHNECK, Camilla Alessandra; PIRES, L. G.; OSAVA, Ruth Hitomi; SILVA, F. M. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Remoções maternas da Casa do Parto de Sapopemba para hospital de referência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP (Impresso)*, v. 45, p. 1301-1308, 2011.

BOUDON, Raymond. *Dicionário crítico de sociologia*. São Paulo: Ática, 1993. 653 p.

BOURDIEU, Pierre. *La Misère du Monde*. Paris: Éditions du Seuil, 1993, p. 919.

_____. *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus, 1996.

_____. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

_____. *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983b.

_____. *A Distinção: crítica social do julgamento*. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 888/GM de 12 de Julho de 1999. Institui o Projeto Casas de Parto e Maternidades Modelo; 1999. Disponível em URL:<<http://www.saude.gov.br/>>. Acessado em: 1 jun 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 985/GM de 05 de Agosto de 1999. Estabelece critérios para criar o Centro de Parto Normal - CPN no âmbito do SUS; 1999. Disponível em URL: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acessado em: 31 jan 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de saúde da Saúde da Mulher. *Avaliação dos Centros de Parto Normal – CPN* (Junho de 2005). 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de saúde da Saúde da Mulher. *Avaliação dos Centros de Parto Normal – CPN* (Dezembro de 2004). 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de saúde da Saúde da Mulher. *Avaliação dos Centros de Parto Normal – CPN* (Setembro de 2004). 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de saúde da Saúde da Mulher. *Avaliação dos Centros de Parto Normal – CPN* (Abril de 2004). 2004c

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual Prático Para Implementação da Rede Cegonha*. 2011. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062. Acesso em: janeiro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório*. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>. Acesso em: 20 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos comitês de mortalidade materna*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRENES, Anayansi Correa. História da Parturição no Brasil, Século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, 7(2): 135-149, abr/jun, 1991.

_____. *História da obstetrícia no Brasil: o fracasso da Escola de Obstetrícia para Mulheres, no Rio de Janeiro, 1832*. *Revista Médica de Minas Gerais* 2008; 18(2): 141-147.

BRYSON, Bill. *Em casa: uma breve história da vida doméstica*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

BULL, Malcolm. Secularization and Medicalization. *The British Journal of Sociology*. Volume 41, número. 02, junho 1990.

BUTTER, Irene H. Premature Adoption and Routinization of Medical Technology: Illustrations from Childbirth Technology. *Journal of Social Issues*, Vol. 49, No. 2, 1993, pp. 11-34.

CABRAL, Antônio Carlos Vieira et al. *Manual de Assistência ao Parto*. São Paulo: Atheneu, 2002.

CAMPOS, Sibylle Emilie Vogt; LANA, Francisco Carlos Félix. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, Jun 2007.

CAPPELLE, Mônica Carvalho Alves et al. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. *Organizações Rurais & Agroindustriais - Revista Eletrônica de*

Administração da UFLA. Vol. 5, No 1 (2003). Disponível em: <http://revista.dae.ufla.br/index.php/ora/article/viewArticle/251> . Acesso em: janeiro de 2013.

CARNEIRO, Livia Martins. *Humanizar é preciso*. S.d. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/ac023.html> . Acesso em: janeiro de 2013.

CARNEIRO, Rosamaria G. *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado*. Tese (doutorado), Universidade Estadual de Campinas, Instituto de filosofia e Ciências Humanas. Campinas, SP: s.n., 2011.

CARRANZA, María. *De cesáreas, mulheres e médicos: uma aproximação médico-antropológica ao parto cesáreo no Brasil*. Brasília: Departamento de Pós-graduação em Antropologia Social da UnB, 1994, 159 p.(Dissertação, mestrado).

CASA ANGELA. *Casa de Parto da Associação Comunitária Monte Azul*. Disponível em: <http://www.casaangela.org.br/> Acesso em: novembro de 2010.

CAVALCANTI, Palloma. *Doenças da Terra e doenças dos espíritos: versão cultural Fulni-ô sobre o processo de Reprodução humana*. In: 33º Encontro Anual da Anpocs. GT 07: Corpo, Biotecnologia e Subjetividade. 2009. Disponível em: http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1839&Itemid=229. Acesso em: março de 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Processo-Consulta CFM Nº 4.369/20001 PC/CFM/Nº 17/2002. 2002. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2002/17_2002.htm. Acesso em: janeiro de 2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Resolução Nº 201/04, de outubro de 2004. Resoluções e pareceres. Disponível em: <<http://www.cremelj.org.br>>. Acesso em: janeiro de 2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Resolução nº 111/04. 2004. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=429>. Acesso em: janeiro de 2013.

_____. Parecer nº 142.401/10. 2010. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=10813&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%20E%20Paulo&numero=142401&situacao=&data=17-05-2012>. Acesso em: janeiro de 2013.

COSTA, Tonia et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 10, n. 20, Dec. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200007>.

DA SILVA, Angela Gehrke. *A Parteira do Monte Azul*. Salvador: JM Grafica e Editora Ltda, 2010.

DA MATTA, Roberto. *A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997, 5ª edição.

_____. *Carnavais, malandros e heróis. Para uma sociologia do dilema brasileiro*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997b, 6ª edição.

DAVIS-FLOYD, Robbie. Culture and Birth: The Technocratic Imperative. *International Journal of Childbirth Education*, 9(2):6-7, 1994.

_____. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol 75, Supplement No. 1, pp. S5-S23, November 2001.

_____. Prefácio. In: JONES, Ricardo. *Memórias do Homem de Vidro: Reminiscências de um Obstetra Humanista*. Porto Alegre: 2a edição, Idéias a Granel, 2008.

_____. Daughter of time: the postmodern midwife. *Rev Esc Enferm USP*, 2008; 42(1):168-72.

DAVIS-FLOYD, Robbie e SARGENT, Carolyn F. *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. United States: University of California Press, 1997.

DEL PRIORE, Mary. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1993.

DESLANDES, Suely Ferreira. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 17, 2005a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 Abr 2007. Pré-publicação.

DESLANDES, Suely Ferreira. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 Abr 2007. Pré-publicação.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

_____. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 19, p. 313-326, 2009.

DINIZ, Carmen Simone Grilo e CHACHAM Alessandra S. The cut above and the cut below: the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters* 12(23): 100- 110, 2004.

EHRENREICH, Barbara e ENGLISH, Deirdre. *Sorcières, sages-femmes et infirmières*. Une histoire des femmes et de la médecine. Montreal: Les Éditions du remue-ménage, 1976.

ELIAS, Norbert. *O Processo Civilizador*. Volume 1: Uma História dos Costumes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

_____. *O Processo Civilizador*. Volume 2: Formação do Estado e Civilização. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

FEBRASGO. *Comunicado da FEBRASGO em relação às casas de parto*. Brasília: 12 de junho de 2009. Disponível em: http://www.crmpr.org.br/ver_noticias.php?id=2750. Acesso em: janeiro de 2013.

FERNANDES, Maria Betânia. *Casa de Parto: Experiências e vivências orientam um novo pensar em saúde*. Juiz de Fora: UFJF, 2006.

FERREIRA, Luciana Ouriques. *Entre Discursos Oficiais e Vozes Indígenas sobre Gestação e Parto no Alto Juruá: a Emergência da Medicina Tradicional Indígena no Campo das Políticas Públicas*. Tese (doutorado), Universidade Federal de Santa Catarina, Doutorado em Antropologia Social. Florianópolis, SC: s.n., 2010.

FIEDLER, Deborah Cordero. *Authoritative Knowledge and Birth Territories in Contemporary Japan*. In.: DAVIS-FLOYD, Robbie et SARGENT, Carolyn F. *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-cultural Perspectives*. Berkeley: University of California Press, 1997, p. 159-179.

FLEISCHER, Soraya R. *Parteiras, buchudas e aperreios: Uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial em Melgaço, Pará*. 1. ed. Santa Cruz do Sul/RS – Belém/PA: EDUNISC e Paka Tatu, 2011. v. 500. 352p.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

_____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2002.

FOX, Renée C. The Medicalization and Demedicalization of American Society. *Daedalus, Journal of the American Academy of arts and sciences*. Winter 1977. Vol. 106, nº1.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Gravidez, filhos e violência institucional no parto*. 2010. Disponível em: <http://www.fpa.org.br/galeria/gravidez-filhos-e-violencia-institucional-no-parto>, Acesso em: dezembro de 2012.

GENTILE, Francisco de Paula et al. Associação entre a remuneração da assistência ao parto e a prevalência de cesariana em maternidades do Rio de Janeiro: uma revisão da hipótese de Carlos Gentile de Mello. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 13(2): p. 221-226, abr-jun, 1997.

GIDDENS, Anthony. *As consequências da modernidade*. São Paulo: UNESP, 1991.

GRIBOSKI, Rejane Antonello. *Humanização do parto à luz da bioética: percepções de mulheres e profissionais de saúde*. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2004, 127 p. (Dissertação, mestrado).

HOGA, Luiza A. K. Casas de Parto: simbologia e princípios assistenciais. *Rev.Bras.Enf.*, v. 57, n. 5, p. 537-540, 2004.

_____. Motivação de enfermeiras obstétricas para o desenvolvimento de seu trabalho em uma Casa de Parto. *Rev. Min. Enf*, 8(3):364-368, jul/set, 2004b.

_____. Estágio em uma casa de parto do Japão: relato de experiência. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.18, p.611-20, set/dez 2005.

HOMEI, Aya. Tempos modernos, novos partos e novas parteiras: o parto no Japão de 1868 aos Anos 1930. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 10, n. 2, July 2002.

HOTIMSKY, Sônia N., RATTNER, Daphne, VENANCIO, S. I., et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saúde Pública*, 2002;18(5):1303-11.

JICA BRASIL. A JICA e a humanização do parto no Brasil. *Rev. Tempus Actas Saúde Col* 4, n. 4 (2010), ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

JORDAN, Brigitte. *Authoritative knowledge and its construction*. In: DAVIS-FLOYD, Robbie e SARGENT, Carolyn F (orgs.). *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. United States: University of California Press, 1997, p. 55-79.

KLEINMAN, Arthur. Biomedicine. In: _____. *Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: Univ California Press, 1995.

KLEINMAN, Arthur. *Patients and Healers in the Context of Culture*. An Exploration of the Boderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980.

KOIFFMAN, Márcia Duarte. *Fatores de risco para remoção na Casa do Parto de Sapopemba – São Paulo*. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem. São Paulo, SP: s.n., 2006.

KUMAR, Krishan. *Da Sociedade Pós-Industrial à Pós-Moderna*. Novas teorias Sobre o Mundo Contemporâneo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

LEMES, Conceição. *Esther Vilela: Partos de risco habitual serão feitos por enfermeiro-obstétrico*. Entrevistas. VIOMUNDO: o que você não vê na mídia. Publicado em 16 de abril de 2011 às 21:12. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/entrevistas/esther-vilela-do-ministerio-da-saudepartos-de-risco-habitual-serao-feitos-por-enfermeiro-obstetrico.html> . Acesso em: janeiro de 2013.

LIMA, Kátia Maria Ratto de. *Maternidade Leila Diniz (1994 a 1996): nascimento de um novo profissional de saúde?* Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 1997, 228 p. (Dissertação de Mestrado). (Resumo). On Line: www.capes.gov.br, março de 2003.

LIMA, Maria Emília Amarante Torres. Análise do discurso e/ou análise de conteúdo. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 9, n. 13, p. 76-88, jun. 2003.

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRACA, Neide de Souza. Infecção puerperal em Centro de Parto Normal: ocorrência e fatores predisponentes. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 58, n. 1, Feb. 2005.

_____. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 40, n. 2, June 2006.

MACIEL, Vânia. “PARA MUDAR A VIDA É PRECISO MUDAR A FORMA DE NASCER” (Post em blog). 12 de novembro de 2012. Disponível em:

<http://casadopartonoveluasluanova.blogspot.com.br/2012/11/paramudar-vida-e-preciso-mudar-forma-de.html> Acesso em: janeiro de 2013.

MALDONADO, Simone Carneiro. Georg Simmel: uma apresentação. *Política e Trabalho* 12, Setembro, 1996, pp. 05-09.

MARQUES, Rita de Cássia . Médico de senhoras. *Nossa História*, São Paulo, p. 66 - 70, 15 abr. 2004

_____. É preciso ser piedoso: a imagem social do médico de senhoras. Belo Horizonte 1907-1939. *História, Ciência e Saúde* - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 1127-1127, 2003.

Mc AULIFFE, Jay; ROLIM, José Malbio. *A Casa da Gestante e as Casas de Parto do Ceará*. In: UNICEF (Brasil). Maternidade segura e a proposta da casa da gestante. s.l: Unicef, s.d. , 29 p.

MELLO, Carlos Gentile. A epidemiologia da cesárea. Em: *Saúde e Assistência Médica no Brasil*. SP: Cebes-Hucitec, 1977, pgs. 121-129.

MELO, Iran Ferreira de. Análise do Discurso e Análise Crítica do Discurso: desdobramentos e intersecções. *Revista Eletrônica de Divulgação Científica em Língua Portuguesa, Lingüística e Literatura*, Ano 05, n.11, 2o Semestre de 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 269 p.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev. Saúde Pública*, 2000, 34(6 Supl): p. 19-25.

MORAES, Maria Sílvia de e GOLDENBERG, Paulete. Cesáreas: um perfil epidêmico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(3): 509-519, mai-jun, 2001.

MOTT, Maria Lucia. Assistência ao parto: Do domicílio ao hospital (1830-1960). In: *Projeto História* 25, 2002, pp. 197-219.

_____. Parteiras, o outro lado da profissão. *Gênero, Revista de Estudos Transdisciplinar de Estudos de Gênero*, v. 6 (1), p. 117-140, 2. sem. 2005.

_____. Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920). *Revista de Enfermagem da USP* 13(1), 2001, pp. 46-43.

_____. A parteira ignorante: Um erro de diagnóstico médico? *Revista Estudos Feministas*, 7(1), 1999a, pp. 25-36.

_____. Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920). *Revista de Enfermagem da USP* 13(1), 2001, pp. 46-43.

MOUTA, Ricardo José Oliveira; PROGIANTI, Jane Márcia. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 18, n. 4, Dec. 2009.

NASCIMENTO, Natália Magalhães do et al . Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Sept. 2010.

NONATO, Ticiania Ramos. *Humanização do parto nos contextos público e privado no Distrito Federal*. Brasília: Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília, 2007, 230p. (Dissertação, mestrado).

_____. *O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais do Ministério da Saúde: uma década de avanços e desafios*. In: MAGDALENA, Bianca Cruz (org.). *Parteiras Caiçaras: relatos e retratos sobre parto e nascimento em Cananeia*, SP. Londrina: Idealiza Gráfica e Editora, 2011.

NUNES, Everardo Duarte. *Ciências Sociais em Saúde: um panorama geral*. In: GOLDENBERG, Paulete (org.). *O Clássico e o Novo: tendências, objetos, e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

_____. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. *Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health*, v. 40, p. 64-72, 2006.

NUNES, Everardo Duarte. *Sobre a sociologia da saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1999.

OSAVA, Ruth Hitomi. *Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico*. Tese de Doutorado. São Paulo: USP, 1997.

PAIM, Heloísa Helena Salvatti. *Marcas no Corpo: gravidez e maternidade em grupos populares*. In: DUARTE, Luis Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel. Doença, sofrimento, perturbação: Perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

PERROT, Michelle. Práticas da Memória Feminina. A Mulher e o espaço público, *Revista Brasileira de História* 18, ANPUH/Marco Zero, 1989.

PINOTTI, José Aristodemo. Casas de parto. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, São Paulo, p. 28 - 28, 15 jan. 2000.

PIRES, Helaine M. B. et al. Fatores associados à prova de trabalho de parto em primíparas com uma cesárea anterior. *Rev. Saúde Pública*, 33 (4): p. 342-8, 1999.

PITANGY, Jacqueline. *Medicina e bruxaria: algumas considerações sobre o saber feminino*. In: LABRA, Maria Eliana (org.). Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1989, p. 39-43.

PROGIANTI, Jane Márcia. Modelos de assistência ao parto e a participação feminina. *Rev. bras. enferm.* 2004, vol.57, n.3, pp. 303-305.

PROGIANTI, Jane Márcia; COSTA, Rafael Ferreira da. A negociação do cuidado de enfermagem obstétrica através das práticas educativas na casa de parto. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Dec. 2008.

RAGO, Margareth. O efeito Foucault na historiografia brasileira. *Tempo Social, Rev. Sociol. USP*, S. Paulo, 7(1-2): 67-82, outubro de 1995.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 13, núm. 1, 2009, pp. 759-768 Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho Botucatu, Brasil.

REZENDE, Jorge de e MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1980. Capítulo 14, O parto: Estudo Clínico e Assistência.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez, et al. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. *Rev Esc Enferm USP*. 2009.43 (Esp. 2): 1297-302.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 10, n. 2, jul. 2002.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, June 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Jan 2013.

ROCHA, Décio e DEUSDARÁ, Bruno. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *ALEA*, volume 7, número 2, jul-dez 2005.

RODHEN, Fabíola. *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

SALEM, Tânia. *O ideário do “Parto sem Dor”: uma leitura antropológica*. Boletim do Museu Nacional, nº 40, agosto de 1983.

SANTOS, Silvéria Maria dos. *Ação participativa, seu desenrolar no parto e nascimento: experiência de um curso para gestantes em um hospital universitário*. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2003, 131 f. Dissertação (mestrado).

SEIBERT, Sabrina Lins; GOMES, Maysa Luduvica; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Assistência pré-natal da casa de parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, dez. 2008

SEPÚLVEDA, Maria Alicia Carrillo. *Casas de Parto*. S.d. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/casas-parto.htm>. Acesso em março de 2007

SERRUYA, Suzanne Jacob et al. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 Abr 2007.

SERRUYA, Suzanne Jacob et al. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* Recife, v. 4, n. 3, 2004b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 Abr 2007.

SCAVONE, Lucila. *Dar a vida e cuidar da vida*. Feminismo e ciências sociais. São Paulo: Editora Unesp, 2004.

SILVA, Benedito; Fundação Getúlio Vargas. *Dicionário de ciências sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986.

SILVA, Flora M. B. et al. Factors associated with maternal intrapartum transfers from a freestanding birth centre in São Paulo, Brazil: A case control study. *Midwifery*, v. 28, p. 646-652, 2012.

SIMMEL, Georg; MORAES FILHO, Evaristo de. *Georg Simmel: Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983.

SIMMEL, Georg. A Filosofia da Paisagem. *Política e Trabalho* 12, Setembro / 1996, pp. 15-24.

_____. A ponte e a porta. *Política e Trabalho* 12, Setembro, 1996b, pp. 10-14.

SOARES, Francisca Nogueira. *A enfermeira obstétrica: sua função na sala de parto*. Tese de doutorado. São Paulo: USP, 1972.

TANGRI, Sandra e LEVITIN, Teresa. Introduction: an Entrée for Social Scientists. *Journal of Social Issues*, Vol. 49, No. 2, 1993, pp. 1-10.

TEIJLINGEN, Edwin van. A Critical Analysis of the Medical Model as used in the Study of Pregnancy and Childbirth. *Sociological Research Online*, Volume 10, Issue

2. Disponível em: www.socresonline.org.uk/10/2/tejlingen.html. Acesso em: julho de 2008.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

THÉBAUD, Françoise. A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. *Rev. Estud. Fem.*, Jul 2002, vol.10, no.2.

TORNQUIST, Carmem Susana. *Parto e Poder: análise do movimento pela humanização do parto no Brasil*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2004. Tese (Doutorado)

_____. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2003, vol.19, suppl.2, p.419-427.

TUAN, Yi-Fu. *Espaço e lugar. A perspectiva da experiência*. São Paulo: DIFEL, 1983.

TUBERT, Silvia. *Mulheres sem sombra; Maternidade e novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1996.

TURKEL, Kathleen Doherty. *Women, power and childbirth. A Case Study of a Free-Standing Birth Center*. United States: Bergin & Garvey, 1995.

VADEBONCOEUR, Hélène. Comme à la maison. *Guide Ressources*, vol.9, p. 19-20, 1994.

VAITSMAN, Jeni e ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

VANDERBERGHE, Frédéric. *Globalisation and Individualization in Late Modernity: a Theoretical Introduction to the Sociology of Youth*. Brasília: s.e., 2004, 42 páginas.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A Medicalização do Corpo Feminino*. In: GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah Hawker. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

_____. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

WEBER, Max. *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*. São Paulo: Martin Claret, 2001.

WHITE, Kevin. The sociology of Health and Illness. *Current Sociology; The Journal of the International Sociological Association*. Vol. 39, no. 2, autumn 1991. Chapter 4: Feminist approaches to the sociology of health.

WHO. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. World Health Organization: Geneva/Switzerland, 2012. Disponível em: www.who.int; Acesso em: dezembro de 2012.

YAZLLE, Marta Edna H. D. et al. Incidência de cesarianas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Rev. Saúde Pública*, 2001; 35 (2): 202-206.

ANEXOS E APÊNDICES

Anexo 1 – CASAS DE PARTO – Aspectos externos.

1. Casa de Parto David Capistrano Filho, Realengo, Rio de Janeiro, porta principal.
Foto tirada por mim, julho de 2010.



2. Casa de Parto David Capistrano Filho, Realengo, Rio de Janeiro, vista de fora. Foto tirada por mim, julho de 2010.



3. Bairro de Realengo, Rio de Janeiro, vizinhança nas cercanias da Casa de Parto.
Foto tirada por mim, julho de 2012.



4. Centro de Parto Normal David Capistrano Filho, CPN peri hospitalar ligada ao Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Fonte: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/images.do?evento=imagem&urlPlc=2010_07_21_Sofia_Feldman_-_Luiza_Vianna2_530px.jpg , acesso em janeiro de 2013.



5. Maison de naissance de la Capitale-Nationale, Québec, Canadá. Foto tirada por mim em setembro de 2009.



6. Maison de naissance Côte-des-Neiges, Montréal, Québec, Canadá. Foto tirada por mim em setembro de 2009.



7. Maison de naissance Mimosa, Saint-Romuald, Québec, Canadá. Foto tirada por mim em setembro de 2009.



8. Maison de naissance de l'Outaouais, Gatineau, Québec, Canadá. Foto tirada por mim em outubro de 2009.



Anexo 2 – CASAS DE PARTO – Aspectos internos.

1. CPR: À esquerda da área de circulação interna, ao fundo, sala utilizada como consultório e para coleta de exames. No corredor, mesa de apoio para funcionárias, principalmente, enfermeiras obstetras e residentes, e pia para higienização das mãos. Foto tirada por mim em julho de 2012.



2. CPR: Suíte de parto “Suíte Nove luas Lua Nova Vania e Lúcia”, com cama de casal, berço, nas paredes: entradas de oxigênio, luminárias e quadro decorativo. Foto tirada por mim em julho de 2012.



3. CPR: Outro detalhe da mesma suíte, onde vê-se estante com materiais de apoio e cardiógrafo. Foto tirada por mim em julho de 2012.



4. CPR: Banheira da mesma suíte. Foto tirada por mim em julho de 2012.



5. CPR: Detalhe que mostra a identificação de outra suíte. Foto tirada por mim em julho de 2012.



6. CPR: Interior da suíte Ceres Esther e Livia. Foto tirada por mim em julho de 2012.



7. CPR: Corredor que dá acesso a sala de convivência onde funciona a administração da casa e, à esquerda, a sala de descanso das enfermeiras obstetras. O corredor mostra nas paredes quadros e objetos decorativos, quadros com fotos e banners de trabalhos sobre as práticas assistenciais da casa apresentados em congressos. Foto tirada por mim em julho de 2012.



8. CPR: Quarto de descanso das enfermeiras obstetras. Foto tirada por mim em julho de 2012.



9. CPR: Área de convivência na parte externa da casa, onde a ambulância preparada para transporte no caso de intercorrências fica na espera. Foto tirada por mim em julho de 2012.



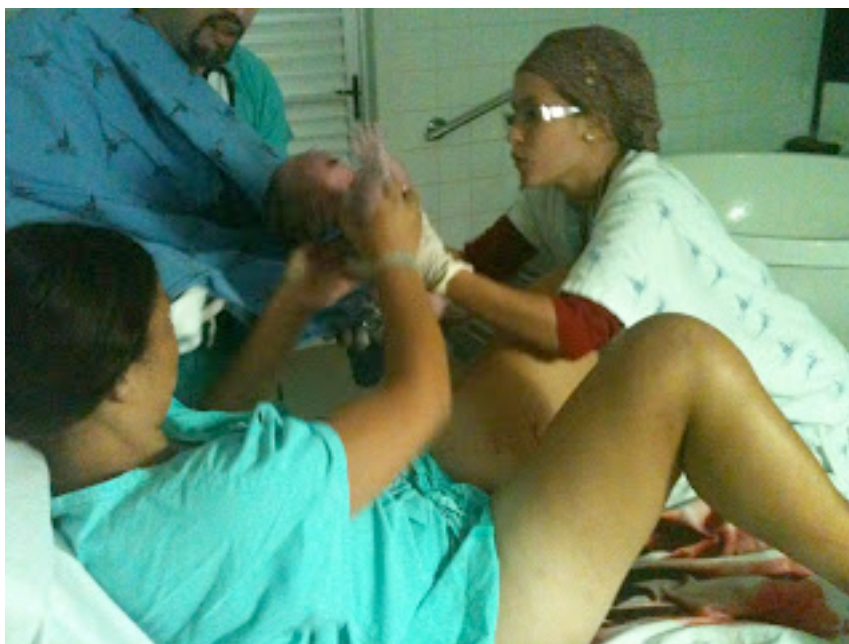
10. CPSS: Parturiente no puerpério imediato, com o bebê no colo e profissionais em volta. A mesa obstétrica encontra-se levemente reclinada. Fonte: agenciabrasil.ebc.com.br, foto Marcello Casal/ABr, acesso em janeiro de 2013.



11. CPR: Fotos mostrando presença do acompanhante, realização de exercícios na bola de Bobath e parto em posição verticalizada com auxílio da mesa obstétrica adaptável. Fonte: <http://adeledoula.blogspot.com.br/>, acesso em janeiro de 2013.



12. CPSS: Foto mostrando contato pele-a-pele imediato, com a enfermeira obstetra entregando o bebê para a mãe imediatamente após o nascimento e também a presença de acompanhante. Fonte: <http://adeledoula.blogspot.com.br/>, acesso em janeiro de 2013.



13.CPSS: Alojamento conjunto coletivo, onde as parturientes ficam após as primeiras horas do nascimento, com seus bebês. Podem contar com uma acompanhante feminina no pernoite e visitas livres. Fonte: agenciabrasil.ebc.com.br, foto Marcello Casal/ABr, acesso em janeiro de 2013.



A seguir, imagens da Casa Angela – CA, da Associação Comunitária Monte Azul, São Paulo, São Paulo. Todas as fotos com fonte não indicada foram copiadas do site da instituição (<http://www.casaangela.org.br/>, acesso em janeiro de 2013).

14. Hall de entrada. No nível abaixo, ficam as salas de parto, alojamento conjunto, cozinha, posto de coleta de leite materno, e outras salas. No nível do hall, ficam salas de consultório. No nível acima, ficam salas administrativas e o salão de atividades em grupo e comunitárias.



15. Ante sala no nível inferior e corredor de acesso às salas de parto.



16. Uma das salas de parto. No fundo, banheira, pia e berço e, mais à frente, bola de Bobath, banqueta de parto, mesa obstétrica adaptável, cadeira. À direita, na parede, entrada de oxigênio.



17. Sala de parto.



18. Corredor de acesso aos banheiros.



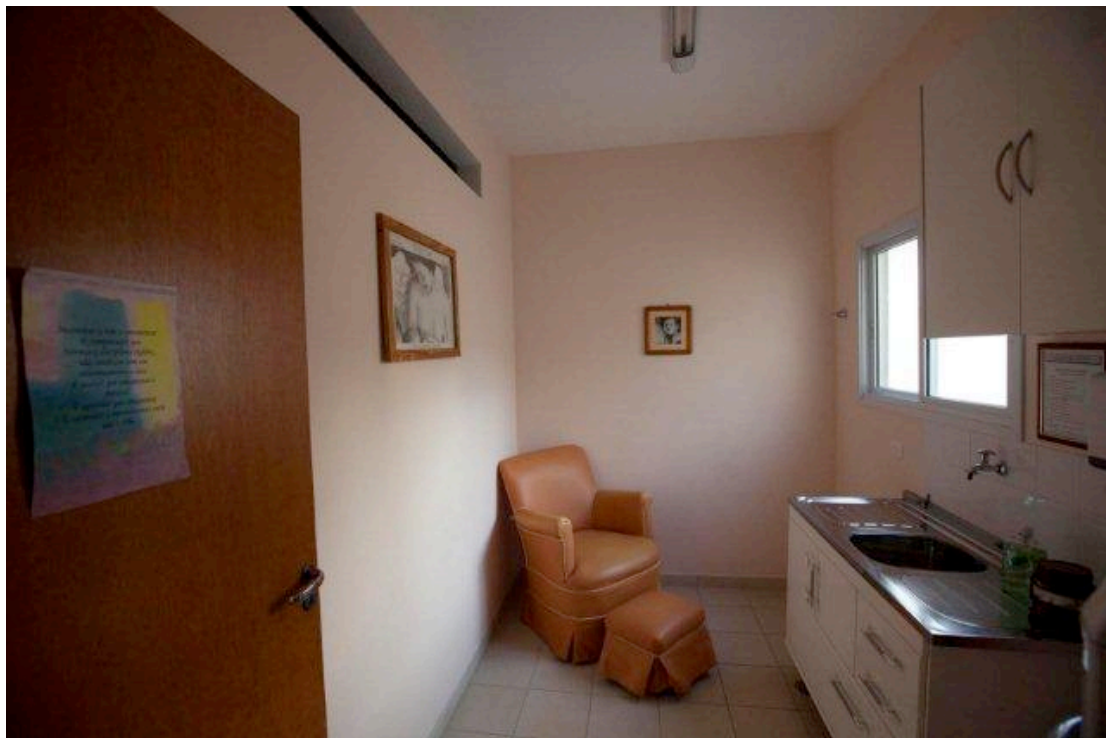
19. Banheiro.



20. Berço aquecido e incubadora de transporte.



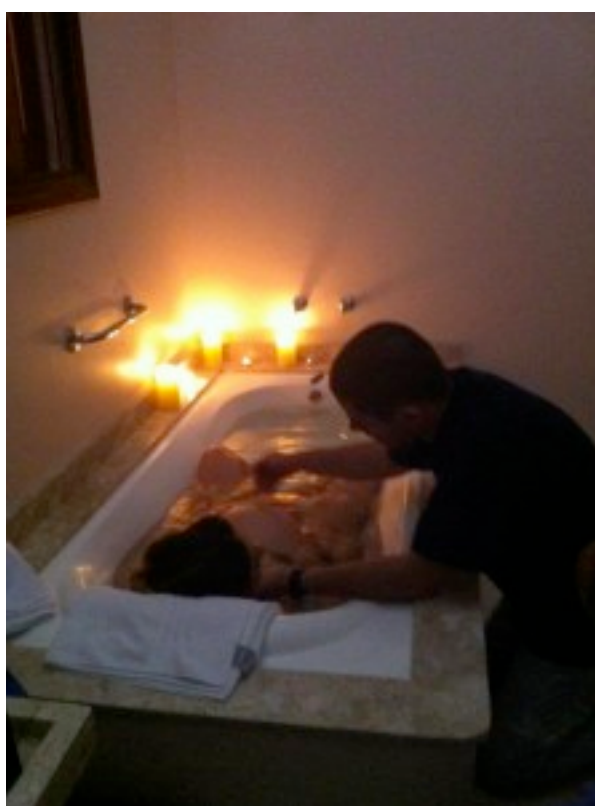
21. Posto de coleta de leite materno.



22. Atividade educativa no pré-natal



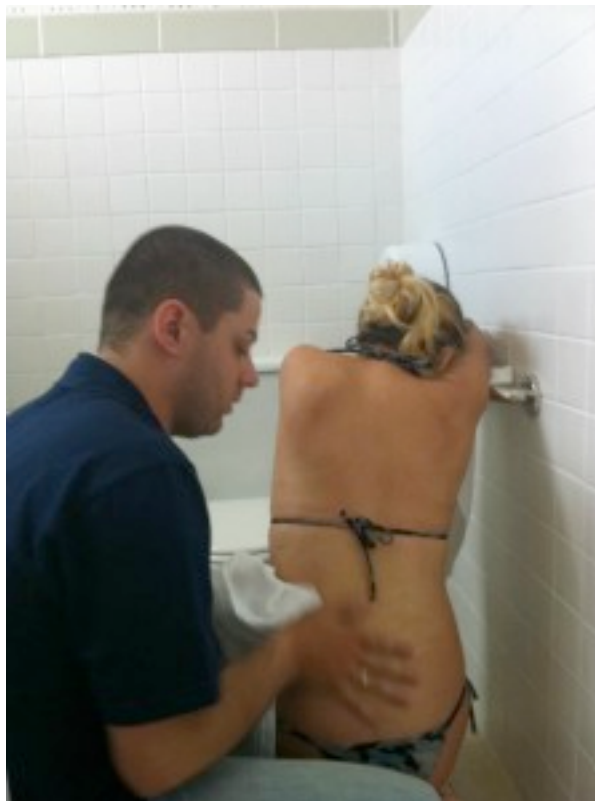
23. Trabalho de parto em ambiente de penumbra, com velas.



24. Puérpera realizando refeição



25. Parto com acompanhante participativo, realizando massagem.



26. Visita domiciliar pós-parto.



27. Salão de atividades com reunião de grupo.



Anexo 3

Quinta-feira, 3 de maio de 2012

O GLOBO

RIO • 17



CREMERJ

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

EDITAL DE CENSURA PÚBLICA

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das suas atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 10 de julho de 1958, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e pelo Decreto nº 6.821 de 14 de abril de 2009, torna público o Acórdão do Conselho Federal de Medicina que reformou a decisão do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro que aplicou a pena de "Cassação do Exercício Profissional" prevista na letra "e" do artigo 22 da Lei 3.268/57, ao médico **MARCOS AUGUSTO BASTOS DIAS-CRM/RJ 52 39606-5**, reformando por maioria de votos a pena de "**CENSURA PÚBLICA EM PUBLICAÇÃO OFICIAL**", prevista na letra "c" do artigo 22 do mesmo dispositivo legal, por infração aos artigos 62, 114 e 142 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1246/88, DOU 26/01/1988), cujos fatos também estão previstos respectivamente nos artigos 37, 83 e 18 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1931/09, DOU 13/10/2009).

Rio de Janeiro, 3 de maio de 2012

CONSELHEIRA MÁRCIA ROSA DE ARAUJO
Presidente do CREMERJ

O GLOBO

4 • O PAÍS

Sábado, 5 de maio de 2012

Carta aberta

Vimos manifestar apoio ao Dr. Marcos Augusto Bastos Dias, CRM 39606-5, injustamente punido com censura pública veiculada pelo Conselho Federal de Medicina em 03/05/12. Marcos Dias é consultor da área técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde e pesquisador na área materno-infantil. A pena imposta a esse profissional resulta de perseguição política e ideológica decorrente de sua defesa dos Centros de Parto Normal, um dos eixos do Programa Rede Cegonha, carro-chefe da política de assistência ao parto do Ministério da Saúde.

ABRASCO; ABENFO; APSP; CEBES; Ibfan; Parto do Princípio ReHuNa; Relacahupan; seguem-se mais 22 entidades.

Apêndice 1 – Formulário de Identificação das (os) entrevistadas (os)

Identificação da(o) Entrevistada(o)

Nome: _____

E-mail: _____

Telefones: _____

Data de Nascimento: _____

Naturalidade: _____

Raça/cor: _____

Renda familiar mensal aproximada: _____

Estado civil: _____

Filhos? Quantos? _____

Local de moradia (cidade/bairro): _____

Instituição de formação superior: _____

Instituição de especialização: _____

Apêndice 2 – Roteiro de entrevista

Casas de Parto no contexto da humanização da saúde: sentidos e conflitualidades.

Projeto de Pesquisa de Doutorado em Sociologia

Instrumento de Pesquisa

Roteiro semi-estruturado para entrevistas com responsáveis e profissionais das Casas de Parto no Brasil, adaptável a cada situação e cada profissional.

Realizar breve apresentação da pesquisadora e da pesquisa. Apresentar e solicitar assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

1. Quem é a profissional “fulana”? (Apresentar brevemente sua trajetória e seu envolvimento com a Casa de Parto);
2. Fale um pouco, por favor, da história da Casa de Parto;
3. Quais são as atividades que a Casa de Parto pode oferecer para as mulheres e suas famílias?
4. Como podemos fazer um resumo da filosofia de trabalho nas Casas de Parto?
5. Qual é a diferença entre o trabalho do médico obstetra e da enfermeira obstetra?
6. Qual é a média de partos/nascimentos por mês?
7. Quantas enfermeiras obstetras trabalham na instituição?
8. Em sua consideração, que dificuldades a Casa de Parto enfrenta? (no caso dos CPNs que enfrentaram processos de fechamento, explorar esse tópico)
9. Quais são as dificuldades que as enfermeiras obstetras sentem/enfrentam em seu trabalho?
10. Como você pensa que as mulheres da região vêm as Casas de Parto, isto é, qual é a recepção das mulheres?
11. O que podemos imaginar sobre o futuro das Casas de Parto? E sobre o futuro das enfermeiras obstetras?

Apêndice 3

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada(o) para participar, como voluntária(o), em uma pesquisa. Após ser esclarecida(o) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa ou desistência você não será penalizada(o) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA: Sentidos e conflitualidades em torno da humanização de partos e nascimentos: as Casas de Parto no contexto brasileiro.

Pesquisadora Responsável: Ticianara Ramos Nonato – Socióloga, Especialista em Saúde Pública, Mestre em Sociologia. Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (5561) 3536-9581 (res.) ou (5561) 8173- 2599 (cel.). Correio eletrônico: ticianarn@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela aprovação do projeto: Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Humanas da Universidade de Brasília (CEP/IH – UnB): Campus Universitário Darcy Ribeiro – Instituto Central de Ciências (ICC) – Centro – Mezanino – Departamento de Serviço Social, Sala B1 683; cep_ih@unb.org.br.

O objetivo da pesquisa é compreender o processo pelo qual vem ocorrendo a inserção de Casas de Parto (Centros de Parto Normal) no cenário obstétrico brasileiro, incluindo as tensões existentes entre as profissões envolvidas, prevendo realização de entrevistas, visitas institucionais e análise documental. A pesquisa se destina à conclusão de uma tese de doutorado, não havendo nenhum risco envolvido, bem como nenhuma despesa. A pesquisa poderá contribuir para o melhoramento das políticas de saúde voltadas para assistência ao parto envolvidas com um modelo de atenção humanizado. O período do estudo é indeterminado, pretendendo-se nesse tempo realizar uma entrevista (se necessário, poderá ser solicitada complementação). É garantido o sigilo absoluto sobre os dados, sendo que os nomes das(os) participantes não serão em momento algum citados (documentos oriundos da pesquisa). Às(aos) participantes, é reservado o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo. Ao final, todos sujeitos participantes poderão acessar os resultados, bem como solicitar esclarecimentos sobre eles.

Ticianara Ramos Nonato (RG 1961804/CPF 718858971-20)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG/CPF _____,
abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Sentidos e conflitualidades em torno da
humanização de partos e nascimentos: as Casas de Parto no contexto brasileiro", como sujeito. Fui
devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Ticiane Ramos Nonato sobre a pesquisa, os
procedimentos envolvidos, assim como a inexistência de riscos e os benefícios decorrentes de minha
participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem
quaisquer prejuízos.

Local e data _____

Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Apêndice 4

Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “Sentidos e conflitualidades em torno da humanização de partos e nascimentos: as Casas de Parto no contexto brasileiro”, sob responsabilidade de Ticiane Ramos Nonato vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade de Brasília. Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para análise por parte da pesquisadora.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do (a) participante

_____ (cidade), ____ de _____ de 2012.